

السلام : مناسبات التزكية

علم النفس المرضى

نماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها



دكتور

السيد فهمي على

أستاذ علم النفس المساعد

كلية الآداب - جامعة المنصورة



دار الجامعة الجديدة



مختار خطاب

هنا سور الأزبكية
غواص في بحر الكتب
باحثون

تليجرام مكتبة غوام، في بحر الكتب

فیضانِ اکبر مکتبہ فضا سور الازلیکۃ

600000

علم النفس المرضي

"دراسات ونماذج لعلاجات ذات اضطرابات نفسية وعلاجها"

دكتور

السيد فهمي علي
استاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب - جامعة المنصورة

٢٠١٠



دار الجامعة الجديدة

٣٨ - ٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - الإسكندرية

تليفون: ١٨٦٣٦٢٩ فاكس: ١٨٥١١٤٢ تليفاكس: ١٨٦٨٠٩٩

E-mail: darelamaaelgadida@hotmail.com

- www.darggalex.com info@darggalex.com

تليجرام مكتبة غوامي في بحر الكتب

حقوق الطبع محفوظة للمؤلف

غير مسموح نهائياً بطبع أي جزء من أجزاء هذا الكتاب ، أو تخزينه في أي نظام تخزين المعلومات واسترجاعها ، أو نقله على أي هيئة أو بأي وسيلة كانت إلكترونية أو شرائط ممغنطة أو ميكانيكية أو استنساخاً أو غيرها إلا بإذن كتابي من صاحب حق الطبع (المؤلف) .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا، فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا،
قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا، وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا﴾

صدق الله العظيم

"سورة الشمس، الآيات من ٧ - ٩"

توزيع أكبر مكتبة هنا سور الأزيكية
600000 كتاب

عليه السلام



سورة الزينة

الإهداء

إلى روح الوالد والمعلم كريم الخلق

الأستاذ الدكتور

مصرى عبد الحميد حنوره

عميد كلية الآداب الأسبق – جامعة المنيا

رحمه الله رحمة واسعة

تليجرام مكتبة غوامر في بحر الكتب

فیضانِ اکبر مکتبہ فضا سور الازلیکۃ
600000

تليجرام مكتبة خواهر في بحر الكتب

الاقتصاد في النفقة نصف العقل.
والتودد إلى الناس من حسن العشرة.
وحسن السؤال نصف العلم.

مقدمة الكتاب

يقول المولى عز وجل في محكم آياته " وتقدس وما سواها، فكأنهنها
مُجُورٌ مَا وَتَوَّاهَا، قَدْ لَفَّحَ مِنْ رَكَّاهَا، وَكَذَّ حَبَّ مِنْ دَمَّاهَا" ^(١) صدق الله
العظيم

خلق الله النفس وسواها، وعدل أعضائها ومنحها قواها، معيشتها
وملاعتها، خيرها وشرها.

والنفس حين يصدر عنها السلوك الحير، فغالبا لا يلتفت إليه الناس،
لأنه قويم، لا يأتي منه السرور ولا يطلب من الغير الحذر منه أو الانتباه له.

أما السلوك غير المألوف أو غير السوي لدى الإنسان فهو الذي يثير
الاهتمام العام دائما، فهو يجرى قادم جديد إلى جماعة من الناس سرعان ما
يكون موضع تقويمهم. فإذا تحدث عن الجو أو عن حقيقته كل في نظرهم
إنسانا، فلا يثير الاهتمام به إلا ببطء، ولكن لندعه يقول " الشمس أن تظهر
غدا، أو أن يقول " الشمس ستشرق غدا من الغرب، وإلى الغد هو نهاية العالم"
فمنذ سلوي رومسا له وبمعصص شفاها شقة عليه وتجسرا، وعبدند ستكون
الاستجابة بالنسبة له مختلفة تماما.

عندما يقول شخص ما مثل هذا القول سيكثر الحديث عنه فوراً،
وسيلقى من الاهتمام أكثر مما يستحقه وهكذا يرى أن مسحة عدم السواء تثير
اهتماماً وقصولا واسمي النطق.

وعلم النفس المرصعي يشترك في هذه الجاذبية، إذ أنه يحاول تفسير
السلوك والتفكير البشري الذي يعجز الفهم العادي عن الإحاطة به كما إلى
معاني علم النفس المرصعي لا تنطبق على الأشخاص أصحاب سوء التوافق أو
المصابين باضطرابات خطيرة وحسب، بل على كثير من حصائص الأموياء

(١) سورة الشمس الإيت من ٧ - ٩.

ولكن ليس هناك من هو كامل، وكل قسار يبدي على الأقل بعض العلامات الصغرة على التوافق غير الملائم. وإن الدراسة النفسية للناس الأسوياء لميدى دراسة ذو دلالة لأنه يسهم في فهم سلوك المرء بطريقة أكثر مباشرة من أي فرع آخر من فروع علم النفس، كما أنه بالإضافة إلى ذلك تمهيد لا بد منه لدراسة الاضطرابات الأكثر خطورة، وليس في استطاعة إنسان أن يفهم طبيعة الاضطرابات النفسية - وما أكثرها - إلا إذا فهم أو تعرف على ميكانيزمات الدفاع لدى الإنسان مثل " التعويض " و " التبرير " وغيرهما.

وليس هذا القطب بل يتعرف على ما يصحب تلك الاضطرابات من صراعات داخلية صعبة في أعماق شخصية الإنسان كما ترى مدرسة التحليل النفسي، التي ترى في الأعراس مظاهر سطحية تدل على احتلال عميق في الشخصية، أو لن نتعرف على ما تراه النظرية العضوية - على سبيل المثال - التي تعزى الملوكة المرضي إلى أسباب عضوية تنحصر في جاتين هما تلف في الأنسجة، أو اختلال كيميائي في المخ نتيجة كحوب وراثي - كما في الصرع الحظي - أو اختلال في وظائف الغدد الصماء وغير ذلك.

وعلى النحو السابق نجد أن تفسير الملوكة الشد أو غير السوي على نحو علمي يتدرج تحت اهتمامات علم النفس المرضي الذي هو الدراسة العلمية للاضطرابات والتي تشمل منتجاً يتم الحصول عليها من مجالات علم النفس والطب النفسي وعلم العقاقير، وعلم الأعصاب وعلم الغدد الصماء، وتربية الفئات الخاصة والخدمات الاجتماعية واللقاوي. وهي فروع من المعرفة تتعامل بشكل أحر مع من شد ملوكهم أو منعت خبرتهم عن الاتجاه السوي السليم

وأهمية علم النفس المرضي لا تكمن في هذا فقط، بل في أنه يحد فرعاً من الفروع المهمة لعلم النفس الحديث حيث يتميز بموقع بارز ومكانة مرموقة في عصرنا الحاضر القلي بالأحداث والاضطرابات، والذي انطلقت عليه مسيرات شتى لعل من أبرزها أنه " عصر قلق ".

وعلى الرغم من أن الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية ليست وليدة " عصر قلق الحالي " حيث وجدت منذ عصور تاريخية قديمة - فإن

تصاغر عدد من العوامل أو توافر جملة من الأسباب في هذا العصر، قد أدى إلى تزايد معدلات تلك الاضطرابات والأمراض وارتفاعها بشكل ملحوظ ومن بين تلك العوامل وتلك الأسباب طغيان المادة، والتكالب الشره على جني ثمار الحضارة المادية التي يعيش خصمها اليوم، وما يصاحب ذلك من فردية مسرفة، وفردية متطرفة وتفكك في العلاقات الاجتماعية، بالإضافة إلى ما هنالك من مشاعر سلبية محتلطة بالحقد والصد والعيرة، ومشاعر الوحدة والعزلة وقلة الحيلة وموء المنقلب.

وكل هذا وغيره كثير جعل الحلبة لشد ولرید، إلى علم النفس المرضي ليدرس الدراسة العلمية لكل ما يحلفه ما سبق من أضرار ومساوئ لا تقع على الفرد وحده بل على المجتمع والعالم بأسره، إذ أنه - علم النفس المرضي - وكما سبق القول - ليس مجرد دراسة للعرب الشاذ فحسب، بل هو في حد ذاته جزء من الأسس النظري لكثير من المهن المعترف بها رسمياً

القريبة الخاصة، وإصلاحات الأحداث، ووضع القوانين موضع التنفيذ، والخدمة الاجتماعية، وعلم النفس الأكاديمي، والطب النفسي، بل والطب العام، كلها أنظمة ومهن تتعامل بشكل ما أو بآخر مع قطاع كبير من البشر ممن يعانون من حيرت أو اضطراب سلوكية شاذة، وفصلاً عن ذلك، قبل كثيراً من المهن والوظائف التي ارتبطت هامشياً فقط بالمهن المهمة بالصحة النفسية للفرد أصبحت تقترب تدريجياً من تلك المهن لتصبح أكثر ارتباطاً والتصالفاً بها منذ أن تزايد الإقبال على التخصص المهني الدقيق الذي أوجد الحاجة إلى العناية بالمرضى على يد فريق يضم عدداً من المتخصصين في مجالات مختلفة.

وبناء عليه فبقه من الواضح أن البدء بمدخل واسع إلى المواضيع والمشكلات المتعلقة بعلم النفس المرضي ينبغي أن يبرهن على أهميته وقيمته لكثير من الراغبين في تخصصات أخرى عدا الأخصائي النفسي والطبيب النفسي.

ويحاول الكتاب الحالي - الممد من صفوة فكر الطماء المصريين والعرب والأجانب - أن يزود هؤلاء جميعاً بمنهج تمهيدي لطعم النفس المرضي، تمثل في عرض لتعريفه، وتطور مد وطرق البحث فيه، متطرقاً للاضطرابات النفسية، وتحديداتها ونشأتها وتطورها وأسبابها وأعراضها مروراً باضطرابات الإدراك والتفكير والذاكرة والوعي والشعور والانفعال والحركة والمظهر العلم والفنهم، واضطرابات البصيرة، والاضطرابات العقلية المعرفية والاضطرابات الشخصية، وحتى اضطرابات الغذاء والإخراج والنوم والاضطرابات الجسمية والجسمية والعصبية.

ثم عرض الكتاب للأمراض العقلية من حيث تاريخها وتطور مفهومها منذ عصر الفراعنة ومروراً ببدائيات الإسلام وحتى اليوم، كما عرض الكتاب لوجهات النظر أو النظريات المصرية للاضطرابات النفسية أو العقلية، كما عرض لأراء صفوة الطماء في تلك النظريات وتفسيرها وما قدموه من فكر وتحليل وعلاج لتلك الاضطرابات.

ولم يقف الكتاب عند هذا الحد فقط بل عرض لصور من الأمراض النفسية واضطرابات علاجه، وقد تمتثلت الصور في عرض لبعض نماذج من الأمراض النفسية كالهستيريا والفوبيا والوسواس، من حيث تعريفها، وتسميتها، وأسبابها وأعراضها وتشخيصها وعلاجها، كما تناول صور أخرى من الاضطرابات النفسية تمتثلت في تناول مشكلات الانتحار، والكذب والسرقة والغيرة، وكيفية علاجها.

كما تطرق لبعض مسور العلاج النفسي، كالعلاج بالتحليل النفسي والعلاج المتمركز حول العميل، وغيرها وهي أساليب أسهمت في حل الكثير من مشكل النفس لأصحاب سوء التوافق أو الاضطراب النفسي وعدم السواء. كما تطرق أيضاً لعدد من الدراسات التي أجريت في ميدان علم النفس المرضي.

وبعد، جدير بالذكر التنويه إلى أنه قد ورد بمن هذا الكتاب أسماء لعدد من العلماء، والدراسات، لا يدعى الباحث أنه قد رجع إليها، بل هي لأصحاب

الفصل ممن نقل الباحث عنهم نقلاً كلياً أو جزئياً، لما لها من أهمية تتطلبها العرض العلمي في مثل الكتاب، خصوصاً حين يتطلب العرض صورة متكاملة ومتسقة من السياق العلمي المترابط، وهؤلاء قد وردت أسمائهم في قائمة المراجع

وبعد، فالكتاب - كما أراه لي جاز لي - لا يتعمص إلا لنذر اليسير من موضوعات علم النفس المرضي، وهو تمهيداً لكتاب آخرى مكتملة لموضوعات علم النفس المرضي، ولأن الكتاب الحالي لا تحتمل صفحاته كل ما يتناوله علم النفس المرضي، لذا يأمل الباحث في وقت لاحق أن يتمكن من إصدار كتاب ثالثة تتناول الكثير مما كتب في موضوع علم النفس المرضي والله أسأل أن أكون قد وفقت فيما تناولته، وهما بسببه لأصحابه ممن طوقوا المتعلمين والباحثين في مجال العلم وأنا منهم بنير أفكارهم وغرير عطائهم.

وبإذ جاز لي في هذا الموضع أن أهدى هذا العمل المتواضع إلى روح استاذي رحمة الله عليه الأستاذ الدكتور / مصري عبد الحميد حنوره، الذي بليت على يديه درجة الدكتوراة، والذي - بعد الله - مهما قلت في حقه، أو شكرته لن أوفيه حقه

فقد كل متواضعاً معي، كريماً لأبعد مدى، رفيقاً بي وبظروفي الصحية، كان يشفق - رحمه الله رحمة واسعة - عليّ أن ألقى من الإسكندرية حيث أعيش - إلى داب العميا حين كان صبيذ لها، كان ييسر لي كل صعب، بشوشاً في كل موقف. كان يتصل بي يوماً كي أصرع في إنهاء رسالتي، ولا أنسى أنه حصر من الكويت - حين كان معزراً لها - على نفقته كي ينقل رسالة الدكتوراه ثم عاد سريعاً. كما لا أنسى أنه بفضل معاملته الكريمة لي أنسي فسللت أن أقال على يديه درجة الدكتوراه، مفصلاً ذلك على منحة علمية لجامعة استرسلانيد بإنجلترا، بعد أن أعددت كل الأوراق المطلوبة، وكل علي السهر فقط لأتال الدكتوراه من إنجلترا، لكنها إرادة الله، وبعدها سلوكه الطيب معي علمياً وخلقياً.

إن موقفه معي كثيرة ولا تحتملها الأوراق القليلة التي أخط عليها لذا
يكفي في موقعي هذا أن أشكره وأنا أطلب له الرحمة من مولى عز وجل،
وأن يمد له في قبره مد البصر وأن يجعله روضة من رياض الجنة.

وألشكر كل الشكر لكل الأساتذة الذين علموني وكان لهم الفصل
والثخير في حياتي العلمية، ولعلمهم لا ينذكرون فقد قدموا الحير ومصنوا وما
لنظروا من رد لو شاء، وأحص منهم على سبيل المثال لا الحصر الأستاذ
الدكتور/ محمود السيد أبو النيل، الأستاذ الدكتور/ حمدي ياسين، الأستاذ
الدكتور/ محي الدين أحمد حسين، الأستاذة الدكتورة/ صفاء الأعصر، الأستاذة
الدكتورة/ عريزة السيد، الأستاذ الدكتور/ رزق سنده، الأستاذ الدكتور/ حسن
أحمد عيسى، الأستاذ الدكتور/ عبد السلام الشيخ.

أما استقتني بجامعة الإسكندرية لمصاحب البينة الأولى في تكويني
العلمي فهم الأستاذ الدكتور/ أحمد محمد عبد الخالق، الأستاذ الدكتور/ عباس
عوض، الأستاذ الدكتور/ عبد الرحمن الحسوي، والأستاذة الدكتورة/ ألفت
حقي، وأخيراً أستاذي وأمي الكبير الأستاذ الدكتور/ عبد الفتاح نويدار أستاذ
ورئيس قسم علم النفس بأداب الإسكندرية.

وختاماً أشكر للأستاذ عبد المنعم كامل صاحب ومدير دار الجامعة
الجديدة متمهدة نشر الكتاب الذي بين يدي القارئ الآن، فقد تعمل معي الكثير
من الصبر والجد حتى خرج هذا العمل.

والتقدير كل التقدير للأخ الحبيب الأستاذ/ علي عبد السلام هراج، رجل
المواقف الصعبة، والذي له أفضال علي لا تعد ولا تحصى، ويكفي من عمله
مراجعة أصول الكتب وغيرها، بل وتعلمه الأكبر ما أعيد شطبه وتكراره بعد
أن يكون قد قُجز عمله معي. جزاء الله عني خير الجزاء، وأوفى له حسن
الحساب.

وألشكر وأحب وحتمي - بعد الله - لأفراد أسرتي الذين لولاهم ما
خرج هذا العمل، فقد تحملوا معي وعني الكثير، فلهم مني كل الحب والتقدير

الفصل الأول
علم النفس المرضي

الفصل الأول

علم النفس المرضي

ما هو علم النفس المرضي ؟

علم النفس المرضي Psychopathology هو ذلك العلم الذي يهتم بدراسة الأمراض النفسية والعقلية وكذلك اضطرابات الملوك الأخرى وطرق علاجها ..

- وهو ينفى بالدراسة العلمية للأصول، والأعراض، وتطور الاضطرابات النفسية .

تطور علم النفس المرضي:

في معرفة تطور هذا العلم تساعدنا في التعرف على الأساليب التي تؤدي إلى نشوء من الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات العقلية، وقد مر علم النفس المرضي بتطورات خطيرة، وتداول العلاج النفسي من السحر والشعوذة والأساليب المرافقة إلى رجال الدين، إلى الطب العصبي فالطب النفسي، فعلماء النفس

هذا وقد تغيرت نظره رجل الشلوع إلى الممرض النفسي من الإيمان بأنه نتيجة من من الجن، إلى الإيمان بأنه مريض كغيره من الأمراض التي تصيب الجسم

وكان الإنسلا في العصور التاريخية يعيش في الكهوف، ويؤس بل المايم مليء بالأرواح، ولم تقتصر تلك الأرواح على أن تحل في الكائنات الحية فقط بل كنى للصخرة روحا وللشجرة روحا ، متلهاا مثل الحيوان، وصف الإنسلا القديم هذه الأرواح فيعصها شريير والبعض الآخر حير. ويقضى معظم وقته في إرضاء هذه الأرواح ويطلق عليها اصطلاح الإيمانية أي سب الحياة إلى كل شيء .

والاعتقاد السائد أنه بإمكان هذه الأرواح إيداء الإنسلا ، فإذا غضبت عليه روح الشجرة أسقطت فرعاً منها فوق ممرله لتهدمه، وروح الصخرة إذا

عصبت أسططت فرعا منها فوق رأسه لتقتله وهكذا عاش الإنسان في خوف دقم من تلك الأرواح. وأشد من ذلك أن روحه قد تخرج منه ويطل مطها روح شريرة تلبس جسده، ولذلك تبدو عليه علامات التنبؤ في سلوكه ومن ثم يصبح مشكلة بالنسبة لأسرته. وبالتالي نتيجة لهذا الخوف تفكر أسرته في التخلص منه لإخراج الروح الشريرة من نلحه. وبعد مرور كثير من الوقت وظهور الطيب البدول ومحترفيه كقوا يعمرون حفره في جمجمة المريض ليمسحوا للروح الشريرة بالخروج منه .

وهكذا فإن هذه العملية كقبة لقتل المريض، بالرغم من أن الحفريات تدلنا على حالات قد شيعت، واشتهر بذلك الهنود .

واستمر سعي رجال الدين ورجال الطب في محاولة للسيطرة على الروح الشريرة، وقد تردد هذا المسعى في أكثر من موضع في الإنجيل .

وملأ حوالي خمسة وعشرين قرنا من الزمان في العصر اليوناني حاول الطبيب اليوناني هيبوقراط (٤٦٠ - ٣٥٧ ق.م) وضع نظام طبي بعيد عن الدين، وعن الروحانية ولقد أسس نظريته على أساس من خبرته الواقعية مع المرضى دون الاعتماد على أية قوى خارقة .

واعتبر سلوكه الشاذ ناتجا عن اختلال في بعض وظائف الجسم، وبذلك يكون قد أدخل الأمراض العقلية ضمن الأمراض الجسمية. وكان هيبوقراط خبيراً في الطب ولكن نهما لمقاييس اليوم نجد كثيراً من أرقه حائلة، مثال ذلك أنه اعتبر مرض الهستيريا ناتجا عن اضطرابات في رحم المرأة، والسبب في هذا الخطأ عدم معرفته الكافية بعلم التشريح وكذلك فقد أصاب في إرجاع كثير من اضطرابات السلوك إلى أمراض الدماغ أو حدوث جروح فيها. إضافة إلى ذلك فقد طور من أساليب العلاج على اعتبار أن الشدود عبوة عن مرض ليس ناتجا عن غضب الأرواح أو الآلهة. ولم يكن هيبوقراط عالما تجريبياً وإنما كان طبيباً ممارساً لم يتسع وقته لإجراء التجارب أو حتى لوضع

المنطريات ولم يعتق اتجاهها جسميا أو نصيا في تصويره للأمراض العقلية وإنما اعتق مذهباً يوحد بين العوامل الجسمية والنفسية معاً.

هي بعض الحالات كان السبب علماً عصبياً، كوصفه لمرض الصرع حيث وصفه بأنه حالة نماغية وذهب إلى أن الحالة الإنفعالية للمرأة الحامل تؤثر في نمو طفلها. وهو تصوير نفسي. ومن المعروف أن هيبوقراط قسم الشخصية على أساس المراج الخوري العلب في الفرد: الصغروي، -السوداوي، البطني، والعلوي ووضع صفات نفسية لكل عنصر من هذه العناصر الخمسة، ولكن لطم الحديث لا يقر بهذه الصلة. ويظل الفضل لـ هيبوقراط لاعتباره المرض العقلي ضمن الأمراض وليس وظيفة من وظائف الجس والشياطين .

ولم يصر التاريخ إلى الأمام قداماً، بل تردد الفكر الإنساني إلى عالم الخرافة مرة أخرى .

بعد سقوط الحضارة اليونانية والرومانية سبت ثقافتها لأكثر من ألف عام وسميت بمهود الظلام، وإذا كانت ظلاماً بالنسبة للرجل السوي، فقد كانت أكثر بظلاماً بالنسبة لمن يعانون من الاضطرابات العقلية فارتد الطب إلى رجال الدين والعلم من الناس وانتشرت الخرافة، وكان الهدف الأول للقس خلاص الروح وإرجاع المريض العقلي مرة أخرى إلى تلبس الأرواح لجسد الفرد، وكانت هناك فئة قليلة محظوظة يعتقد أن روحاً إلهية مقننة قد ممستها، وبالتالي تقنس أصحابها، وكان القس يدعو الآلهة المصابة بالهستيريا لعودة الرحم إلى مكانه.

واتجه الاهتمام نحو الطبعة في عصر النهضة، وتم استحياء التراث اليوناني والروماني وصنف الإيمان بالأرواح، وفي هذا العصر أمكن التمييز بين الأمراض العقلية والأمراض الجسمية .

فالأمراض الجسمية طبيعية، والأمراض العقلية فوق الطبيعية، ومن وسائل التمييز التي تستخدم لي يقرأ القس آية من الإنجيل بصوت مرتفع في

لأن المريض الذي يعاني من الاكتئاب والهبوط والمصى عليه، يبدأ استيقظ وفلق، كل التشخيص أنه شيطقا، وإن لم يفق كل مرض جسدي لأن الآفة المقدمة تجعله يتراجع ويصحب.

وفي عام ١٤٨٩ صدر مرجع لإرشاد الممارسين عن اثنين من الأوبة في ألمانيا لسماء "مطرفة المسح" وبالرغم من أنه يبدو الآن مستطفا ومتعلشا للدماء إلا أن محبي السح قبلوا عليه لقبالا شديداً ونتيجة لاستخدام السحر في العلاج راح الآف الضحايا من مرضى الأمراض العقلية. والكي بالبر من الأساليب المستعملة في العلاج، وفي بعض الأحيان كان يوصف القتل لبعض المرضى لراحة الأرواح التي تسكنهم.

ومن المؤسف أن كثيراً من القتل أسوياء، وذلك نتيجة لاتهام خصومهم لهم بالمرض العقلي ليتخلصوا منهم، وكان بعضهم من معارضي الكنيسة. وظهر جان لوييس فوفس { ١٤٩٢ - ١٥٤٠ } الذي حارب استعمال الاستدلال العقلي والدعوة للعودة للطب اليوناني، ودعا إلى العقل والمنطق، مع بقاء إيمانه بالكنيسة. وكذلك دعا إلى محاربة الجهل وفي وسط الظلام الفكري ندي بعلاج المرضى العقليين بتوفير المعالجة الطبية، وتوجيه الاهتمام إلى أسلوب حياتهم، وإن البعض يحتاج إلى معاملة رفيقة وودية، لكي تنمو فيهم سمات الود والألفة والطف، وأنهم يحتاجون لجو الهدوء والاستقرار لسلامة العقل.

ومما سبق نجد أنه قد أدرك وجود فروق فردية في معالجة حالات المرضى، وأنهم ليسوا نسخة واحدة، ومن ثم فإن معالجتهم تختلف باختلاف حالاتهم.

وظهرت شخصية أخرى في ألمانيا تعارب الخرافة وهو هراسولوس والذي أثار غضبه ما أحاط الطب من جهل، ولذلك ثار في وجه الرافضين لدعوته من أرباب المراكز العليا، ويرجع إليه الفضل في أن الإنسان كائن بيولوجي متكامل. وصورة النظر إلى المضطرب عقليا كجسميا على أنه "شخص مريض" وفتشرت هذه الفكرة بعمق شديد، وبدأ عدد الأطباء في

التزايد، وبدأ إنشاء المستشفيات العقلية، ولكن المعالجة لم تزد عن مجرد الإيداع في المستشفى والتي كان يطلق عليها المارستان، والعزل، وعاش المرضى بين الأسوار، مكبلين بالأغلال والقيود الحديدية ويحصر العوام أيام العطلات للتفرج والتسلية كما لو كانوا يشاهدون حديقة الحيوان.

وقد أنشئت بلندن مستشفى دار الجنون وكفت تمتحن قسمانية البشر بصورة مؤلمة وبشعة وفي بلاء مؤلم حزين تحولت للصورة وظهر عصر الإصلاح.

وفي باريس عام ١٧٩٣م تولى إدارة مستشفى لياسنيل طبيب فرنسي يدعى فيليب بنيل Pussin، وأول قرار اتخذته كان تأكيداً على المعالجة الإنسانية، وشرع بنفسه في كسر القيود والأغلال الحديدية من أيدي وأرجل المرضى واستطاع أن يحول "دار الجنون" إلى مستشفى عقلي، وكانت نظره العامة تحببه محبوباً لأنه تجرأ على فك قيود هؤلاء "الوحوش الخطرة" كما يتصورون. وتحول كل شيء داخل لياسنيل إلى الأصل، حتى الذين لم يتم شفائهم لم يظهروا أي خطورة بسبب معاملتهم بالشفقة والعطف والرفقة والرحمة.

لما انقلابية التي عاشت في القيود والأغلال فقد عرفت طريقها نحو الشفاء. وبالرغم من هذا النجاح فقد لاقى "بنيل" كثيراً من لعت والاضطهاد من رجل الشارع الفرنسي، الذي اتهمه بأنه إما يأوي للمسجونين الميائسين الفرنسيين في لياسنيل. ويوما ما أقتاد سيره على الأقدام هجمت عليه مجموعة من الفروغاء وتصلبوا مرور أحد مرصاه الذين هرجوا من المستشفى وكل جلدني ملحق قوى العصابات، أنقذه منهم وعين نفسه حارساً حصوئياً له عرفاً لشعائه وتغلبه من قيوده الحديدية.

واستكت حركة الإصلاح خلال القرن التاسع عشر كله، في كل بلاد أوروبا، وكل الرواد يحاربون ويتلقون كثيراً من الاضطهاد من الراغبين في بقاء الحال على ما هو عليه. وتلك المرحلة تمثلها أعمال سيده أمريكية بدأت

حياتها كمدرسة لطفال، ثم ككتب لبعض ككبال الأطفال و هى "معن ديكس" { ١٨٢٠ - ١٨٨٧م } وكال المرصى فى ولايتها يعاملون أسوا من معاملته الحيوقلت، فبالل بالاصطلاح وأخذت فى الطولاب بيب عولسم اللولايات المتحدة لتتشر دعوتها، كما سافرت إلى إنجلترا واسكوتلاندا ولم يكن هذا مالوفا للنساء فى هذا الوقت .

وفى الوقت الذى كان فيه بنهل يستعد لإحراج عمله فى الطب العقلى، استطاع كتون مسمر { ١٧٣٤ - ١٨٥١م } أن يجذب اقتباه فرنسا بسمهج أسماه المسمرية وفيه يكون الفرد فى حالة تشبه النوم وقاما بعد سميت التتويم الممناطيسى. والذى بهم هنا أنه استطاع أن يميز الصواب القصى كحالة ممیزه من علم النفس المرضى .

وعام ١٨٦٤ ظهر طبيب فرنسى كان يعيش فى ريف ناس هو ليو { ١٨٢٣-١٩١٩ } Lip Ault واستخدم التتويم الممناطيسى فى العلاج، وبعد أكد تلميذه بيب بيلم { ١٨٣٧-١٩١٩ } أن التتويم ظاهرة طييمية ليست سوى استجابة مبلع فيها للإیحاء. وقد شرح مرص السمقربا على أسس من الإیحاء الشعورى وفلاشعورى، وقد وصف الإیحاء الذاتى الذى يوحى فيه الفرد لنفسه بفكره ما، كلى بفتح نفسه بأنه حسن المظهر، أو أنه إنسان ناجح، أو أنه سليم معاف. ولتد تفسيره بعد ذلك ليشمل بقی الأمراس النفسية.

وقد عرفت هذه المدرسة باسم مدرسة نانسى Nancy School. وظهرت مدرسة أخرى معاصرة لها { ١٨٢٥-١٨٩٣ } وترعها شفرکه فى مستشفى سالفیتر Saltpeter بباریس. وكان يشك مؤسسها بادی الأمر بالتتويم الممناطيسى، وبعد ممارسته أدرك أنه ظاهرة لصبلة وطیيمية فى الإنسان وبلتالى استخذه فى علاج مرصاه، وباعتباره متخصصا فى علم الأعصاب كل يعتقد أن المرص النفسى يرجع إلى جرح فى المخ

ومن أعظم إسهاماته تلك التى ترجع إلى تدريسه لكثير من التلاميذ منهم سيجموند فروید الذى أتى لیدرس من النمسا لیدرس تحت إشرافه عام ١٨٨٥م.

ومن تلاميذه أيضا بيير جانييت *Pierre Janet* {١٨٥٩-١٩٤٧} حيث عهد إليه أن يظفنه في تولى إدارة المستشفى وأن يواصل بحثه عن الهستيريا، وأضاف مفهوم التفكك أي فقدان التكامل أو الوحدة في الشخصية التي تقتض في حالات المصاب وحالات ازدواج الشخصية، والتي كثيرا ما تظهر مع حالات فقدان الذاكرة، وبالرغم من أن جانييت ظل يحمل بعض المعتقدات في وجود أساس عصبي للمرض النفسي؛ إلا أنه صاغ نظرية نفسية.

أما في ألمانيا فظهر اتجاه آخر يرجع إلى الرأي القائل بأن الاضطرابات السلوكية ترجع إلى مرض عضوي أو إلى جرح في أحد الأعضاء وكل يطلق على هذا الاتجاه - التشرحي الفسيولوجي - والهدف منه البحث عن أسباب المرض العقلي في الأمراض الانماجية قائلًا من أمثال القائل العقل السليم في الجسم السليم *Sound mind in Sound body*. وقد أصدر جريزinger *Wilhelm Griesinger* {١٨١٧-١٨٦٨} كتابا عن الطب العقلي نص فيه على أن الأمراض العقلية جسمية المنشأ واعتبر الطب العقلي وطعم الأعصاب علما موحدا، ولم يطلع هذا النظام إلا في وصف الأمراض دون تفسيرها، ومن تلاميذ جريزinger المشهورين إميل كريبلين {١٨٥٥-١٩٢٦} *Emil Kraepelin* وكان يطمح في تحويل الطب العقلي إلى الطب الفيزيقي .

ولذلك صنف الأمراض العقلية ووصف أعراضها وبداية ظهورها وافتراض أسبابها لظهورها في الدماغ واستطاع أن يصف اثنين من الأمراض العقلية التي مزالت شائعة بأسمائها وهي :

- ١- الجنون الدوري وفيه تعاقب المرضي بوبات حادة من الفهيج وسرعة الحركة ثرة وبوبات من الحمول والحن والكتلب والكسل ثارة أخرى
- ٢- القته المبكر أي ما نسميه بالفصام .

وكنت الأمراض ترجع في نظره إلى أسباب وراثية، أو حدوث جروح أو إصابات بالدماع، وبسبب إغفاله للعوامل النفسية والاجتماعية في نشأ

الأمراض، لم تقلح أعماله الإلهي تصحيح الأمراض ووصفها بطريقة أكثر تنظيمًا .

طرق البحث في علم النفس المرضي

يحاول الباحثون الإكلينيكيون أن يكتشفوا قوانين أو مبادئ عامة خاصة بالأداء النفسي للشاذ. وهم كثيرهم من الباحثين يحاولون استخدام الطريقة العلمية في عملهم فيتمسكون منهجًا ويقدموا معلومات عن طريق الملاحظة لكسب وفهم الظاهرة موضع الدراسة إنهم يبحثون عن أشكال عامة من الثقة عن الطبيعة والأسباب وعلاج السلوك الشاذ بتحديد ودراسة السلوك الشاذ، وردود الفعل النمطية لعدد كبير من الناس. وهم لا يقومون أو يحاولون العلماء بشكل فردي كما يفعل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون، بل يهتموا بدراسة السلوك الشاذ لدى مجموعة من الأفراد الذين يمثلون عينات إكلينيكية في بحوثهم .

وطماء النفس كثيرهم من العلماء يحاولون تحديد وتفسير العلاقة بين المتغيرات، ويقررون ببساطة أن أي متغير أو سمة يمكن أن تتغير من وقت لآخر، ومن مكان إلى آخر، ومن شخص إلى آخر .

وبصفة خاصة يهتم الباحثون الإكلينيكيون بمثل هذه المتغيرات، كسمات الطفولة وحيرت الحياة الأخرى، والأمركة، ومستويات الأداء الاجتماعي والمهني، والاستجابات لتقنيات العلاج. ويسعون لتحديد ما إذا كان اثنين أو أكثر من هذه المتغيرات يتميزان معًا، وما إذا كان التغير في متغير واحد يحدث تغيرًا في آخر .

ومن أسئلة ذلك: هل موت الوالد يجعل الطفل مكتئبًا ؟ وإذا كان الأمر كذلك فهل سينخفض الاكتئاب باستخدام علاج معين ؟

هذه التساؤلات لا يمكن الإجابة عليها بالمنطق وحده. فالاستدلال وحده يكون دقيقًا إذا وجدت المعلومات التي يستدل بها، وبالتالي فبقينا بحاجة إلى

ملاحظات عديدة لتأسيس أسس واقعي يبني عليه الاستدلال. وبالرغم من ذلك ، فقد فشل الاستدلال في خدمته المشروع العلمي. وبالرغم من أن البشر متفوقون ومعتدون بهم مستهترون إلى أخطاء متكررة في التفكير.

ومثال ذلك: قد تؤدي الاضطرابات العرفية التي يكونها عن الآخرين إلى استنتاجات خاطئة .

ولتقليل هذه الأخطاء ولكتساب معلومات جديدة عن السلوك الشاذ، يعتمد الباحثين الإكلينيكيين على ثلاث طرق من الفحص ٤ وهي :

- دراسة الحالة .
- الطريقة الارتباطية .
- الطريقة التجريبية .

وكل من هذه الطرق الثلاث تكون مناسبة على نحو أفضل لظروف معينة وللإجابة على تساؤلات معينة .

أولاً: دراسة الحالة

هي وصف تفسيري مفصل لشخص واحد، فتصف خلفية الشخص وظروفه الحالية وأعراضه، وقد نصف نتائج وتطبيق علاج محين، وقد نتكلم عن كيفية تطور وتفاقم مشاكل الشخص .

في دراسة الحالة الشهيرة المعروفة "بهازل الصغير" **Little Hans** عام ١٩٠٩ ناقش **سيجموند فرويد** "ولدا صغيرا يبلغ من العمر أربع سنوات طرور الخوف الذي يعاني منه من الأحصنة وجمع فرويد مادته من خطابات أرسلت له من والد هازل، ومن طبيب حصر محاضرات في التحليل النفسي، ومن مقابلاته للطفل

وبتحليل المادة العلمية التي جمعها فرويد تبين أن هازل لم يكن حائفاً من الأحصنة، بل من الأب الذي رمز له بالحصان الذي سوف يسقط يوماً على الأرض..

قيمه دراسة الحالة:

يكتب الإكلينيكيين دراسة الحالة غالبا في أثناء العلاج لمرصاهم. ولابد من جمع المعلومات أولا والبحث من خلالها عن العوامل التي أدت إلى مشاكل الشخص. والمفاتيح المقدمة بواسطة دراسة الحالة قد تكون لها تطبيقات مباشرة لعلاج الشخص .

وغالبا ما تصلح دراسة الحالة كمصدر للأفكار عن السلوك وتفسح الطريق للاكتشاف. وتقوم نظرية فرويد الخاصة بالتحليل النفسي أساسا على الحالات التي رأها في الممارسات الخاصة .

وتقدم دراسة الحالة مساهمة قريبة للنظرية. فقد استخدم فرويد حالة الصغير هانز بهذه الطريقة بدقة، واعتقد أن حالة هانز دعمت فكرته عن الأولاد الذين يخبرون عقده أوديب، والتي تفسر الخوف الخالص بالمخاوف المرضية، وأن جنسية الطغولة تلعب دورا هاما في نمو الشخصية. كما دعمت أرائه من تحليلات الفريديين الذين تذكروا أحداث الطغولة .

وقد تصلح دراسات الحالة في تحدى مراعم النظرية، فالمنظرون من أنصار التحليل النفسي ؛ يدعون أنه إذا أزيلت أعراض واضعة بتقنيات سلوكية فمثلا عن التحليل النفسي، فسوف تظهر أعراض جديدة، هذا وقد أثبتت بعض الدراسات السلوكية أن إزالة المشكلة بالعلاج السلوكي لم تظهر أي مشكلات جديدة ؛ مما يجعلنا نشكك في آراء التحليل النفسي .

وتقدم دراسة الحالة فرصا لدراسة مشاكل غير عادية لا تحدث في الغالب بما يكفي للسماح بمزيد من الملاحظات والمقاربات العلمية .

القيود الخاصة بدراسة الحالة

• التحيز فقد تحيز فرويد للتحليل النفسي ملول دراسته لحالة هانز الصغير.

- معظم دراسات الحالة لا تقدم دليلاً موضوعياً بل احتلال العميل بنتج عن طريق الأحداث التي يقول المعالج أنها تشير له عن احتلاله النفسي .
- أنها تقدم أساساً قليلاً للتصميم .

ثانياً : الطريقة الارتباطية

من خلال الطريقة التجريبية والارتباطية يتم تعاضد القصور الموجود في دراسة الحالة فيساعد الباحثين على الوصول إلى استنتاجات واسعة عن حدوث الشدود في المجتمع بصفة عامة. والخصائص الثلاث لهاتين الطريقتين تمكن الباحثين من اكتساب استبصار عن حقائق الشدود .

١- يلاحظ الباحثون كثير من الأفراد لجمع معلومات كافية أو ببقات يبنون عليها استنتاجات .

٢- يطبق الباحثون بحذر إجراءات موصوفة على نحو متسق، ليستطيع الباحثون الآخرون تكرار دراستهم ليروا ما إذا كانت تؤدي على نحو دائم إلى نفس النتائج والمضمونات .

٣- نتائج الدراسات التي أجريت بهذه الطرق يمكن أن تطل بأساليب إحصائية تساعد على الإشارة إلى ما إذا كانت الاستنتاجات الواسعة مبررة .

والارتباط Correlation هو الدرجة التي تتلوع إليها الأحداث والسمات في ارتباط كل منهما بالآخرى. والطريقة الارتباطية هي إجراء بحث يستخدم لتحديد هذا الارتباط بين متغيرين. والسؤال هو: هل يوجد ارتباط بين كم صغوم الحياة التي يخبرها الناس ودرجة الإزعاج النفسي التي يظهرونها ؟ وللإجابة على هذا السؤال على الباحثين أن يجدوا طريقة لقياس متغيري " صغوم الحياة . الإزعاج النفسي " وقد أجريت بعض الدراسات على صغوم الحياة باعتبارها عدد الأحداث المهددة - كمشكلة صحية أو فقد

الوظيفية. التي يحبرها شخص ما خلال فترة زمنية معينة. أما الآخر عاج النفسى فتحتى درجة على استبيان يطلب فيه من الشخص أن يعبر عن مشاعر الاكتئاب والقلق في ضوء مقياس كمي.

ولحد أسئلة مقياس الاكتئاب على سبيل المثال أن يسأل عن المدى الذي يشعر فيه الفرد انه يريد الصراخ، وعن أسئلة القلق أن يسأل عن مدى السهولة التي يصعب فيها الفرد بالدعر بسبب صوصاء بسيطة .

وبالتعرف على المتغيرات المبحوثة لجرائها، يستطلع الباحثين قياسها لدى عينة من الأفراد ويحددون ما إذا كان يوجد ارتباط بين تلك المتغيرات من عدمه.

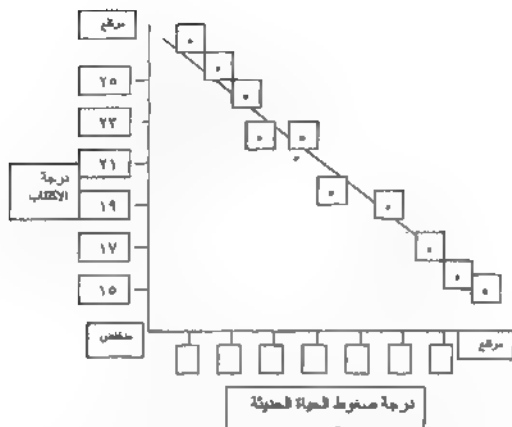
انتهاء الارتباط .

بجمع الدرجات الخمسة لصعوبة الحياة والاكتئاب لعشره أفراد ورسمها بيانيا نجد مثلا أن "جيم" حصل على متوسط حياتية قدرها (٧) متوسط، ودرجة اكتئاب ٢٥. وبوضع جميع الدرجات نجد أنها تعدد على خط مستقيم يتجه إلى أعلى .



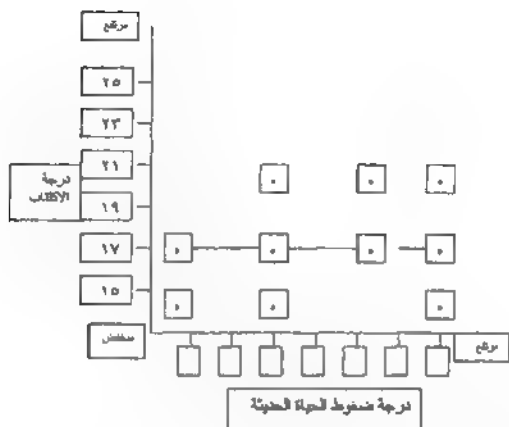
شكل (١) العلاقة بين كمية ضغوط الحياة الحديثة ومصادر الاكتئاب للمينة عن طريق هذه العينة الافتراضية لعشرة أشخاص وهي ارتباط موجب قريب إلى الكامل .

وقد يكون اتجاه الارتباط سلبياً وفيه نجد أنه كلما زادت قيمة متغير ما أدى ذلك إلى نقصان في قيمة المتغير الآخر. فإذا أنتجت درجات المينة منحدرًا إلى أسفل يكون الارتباط سلبياً. كما هو موضح في الشكل التالي



شكل (٢) عدد الأحداث المهددة على مر ٣ شهور مضت

ومن الممكن للمتفرجين أن يكونوا غير مرتبطين حيث لا توجد علاقة منهجية بينهما ؛ فعندما تزيد مقاييس متغير ما تصحبها أيضاً زيادة في المتغير الآخر ولحقيقاً أخرى يصحبها نقصان. ويكون الرسم البياني في تلك الحالة كالآتي :

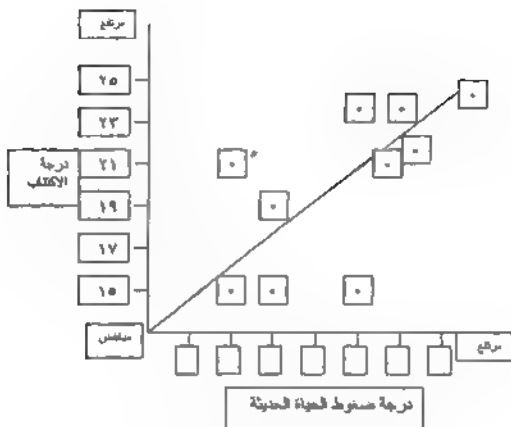


شكل (٣) العلاقة بين كمية ضغوط الحياة الحديثة ومشاعر الانسحاب

على الارتباط:

يقصد به مدى تطابق المتغيرين ؟ هل يتغير متغير واحد دائماً كلما كان
مباشر للمتغير الآخر ؟ لو هل علاقتهما أقل دقة ؟

وبالنظر إلى الشكل رقم (١) نستطيع تقدير البعد الارتباطي لموقع نقط
البيانات جميعها قريبة من خط الفصل مطابقة ويمطى ذلك الباحثون القدرة على
التمييز بدرجة كل شخص على متغير معين بدرجة عالية من الدقة إذا عرفوا
درجته على متغير آخر. ويوضح ذلك الشكل التالي :



شكل (٤) العلاقة بين كمية الصفوط الحديثة ومشاعر الاكتئاب الحديثة
هي ارتباط موجب بشكل معتدل

وهنا لا يستطيع الباحثون التنبؤ بدقة درجة كل فرد على متغير معين من الدرجة التي حصل عليها في المتغير الآخر لأن الارتباط في الشكل (١) يسمح بتنبؤات أكثر دقة منه في الشكل (٤)، فكله أكبر وأقوى في المدى .
معامل الارتباط:

يتم حساب مدى واتجاه الارتباط رقمياً ويعبر عنه بواسطة اصطلاح إحصائي يسمى معامل الارتباط والذي يتراوح بين "١+، ١-، ٠" والقيمة "0" تعكس ارتباطاً صفرياً، أو عدم وجود علاقة بين المتغيرين. وسيب أن ردود

فعل الإتصال وسلوكه يحصل للتغيير ويصحب في استجابات كل إنسان يمكن أن نقاس على نحو تقريبي، فمعظم الارتباطات إما موجبة أو سالبة.

التحليل الإحصائي لبيانات الارتباط

بمجرد أن يحدد العلماء الارتباط بين المتغيرات لمجموعة ما من الأفراد لابد من أن يقرروا إذا ما كان يعكس ارتباطاً جوهرياً بين المتغيرات في المجتمع الذي اختيرت منه العينة أم لا.

ولا يستطيع العلماء معرفة ما إذا كان الارتباط الذي يحدوه مميز حقيقة للمجتمع الأكبر، ولكنهم يستطيعون اختيار استنتاجاتهم بعمل تحليل إحصائي للبيانات. ومن حيث الجوهر، يطبقون مبادئ الاحتمالات على نتائجهم ليطمئئوا إلى أي مدى تكون هذه النتائج قد حدثت بالصدفة. وإذا أشار التحليل إلى أن الصدفة غير محتملة لتفسير العلاقة التي وجدت، فيستنتجون أن نتائجهم تعكس ارتباطاً جوهرياً موجوداً في المجتمع العام.

هذا وقد حدد علماء الإحصاء النفسي نقطة قاطعة لمساعدتهم على هذا القرار. فإذا وجد احتمال أقل من ٥٪، فمعنى ذلك أن نسبة الشك ٥٪ والنقطة ٩٥٪ وتكون دالة إحصائياً.

مواطن القوة والضعف في الطريقة الارتباطية:

١- من خلال الطريقة الارتباطية يلاحظ الباحثون أشخاص عديدين في تصميم متغيراتهم، ويكونوا تحليلات إحصائية، وقادرون على تكرار الدراسات الارتباطية على أفراد جدد لكي يدعوا علاقات معينة أو يوضحوها؛ وبالتالي يثبتوا النتائج الخاصة بدراسة معينة.

٢- بالرغم من قوة التنبؤية التي تعطيها الارتباطات للباحثين بوصف العلاقة بين المتغيرين، فحقها لا تفسر العلاقة.. فبالنظر إلى الارتباط الإيجابي الموجود في دراسات صعوبات الحياة، ننجذب إلى أن الزيادة في صعوبات

الحياة تشعر الأفراد بمريد من الاكتئاب، وقد يرتبط المتغيران لأي من الأسباب التالية :

- متغير (أ) يسبب متغير (ب). أي أن زيادة في ضغوط الحياة (أ) تجعل الأفراد يشعرون بمريد من الاكتئاب.
- متغير (ب) يسبب متغير (أ). أي أن الاكتئاب يميل إلى زيادة عند مواقف الحياة الصاعقة .
- المتغير (ج) يسبب كلا المتغيرين (أ، ب). فقد يتسبب الفقر في زيادة من ضغوط الحياة والاكتئاب .

ورغم ما سبق فإن الإكليبكيس لا يريدون معرفة ما إذا كان متغير ما يسبب الآخر. مثال ذلك : هل الصراعات الزوجية بين الوالدين تجعل أطفالهم أكثر قلقاً؟ أو هل عدم الرضا عن العمل يسبب مشاعر الاكتئاب؟. وهل يساعد إجراء علاجي معين الأفراد في مواجهة الحياة بقاعية أكبر ؟. إن كل هذه التساؤلات تستدعي استخدام الطريقة التجريبية .

ثالثاً الطريقة التجريبية

التجربة هي إجراء بحثي يُعالج بها موقف ويُلاحظ تأثير المعالجة. ويجب أن نمزج أننا نجرى تجارب طوال حياتنا دون معرفة ذلك، طي نحو علمي .

إذا ذهبنا إلى حفلة في مصكر للاحتفال بنهاية امتحانات نصف العام. ولقاء مغلطة الناس نبدأ في ملاحظة أن بعض منهم هادئين ومكتبيين. وكلما زاد حديثنا معهم كلما زاد اضطرابهم، ونقرر أن نعمل شيء. ولكن قبل استئصال المشكلة لابد من معرفة أسبابها فقد يكون السبب كثرة الحديث عن الضغوط الأكاديمية. ونغير محور الحديث، نجد أن معظم الحاضرون أصبح ينقسم ويضحك. وللتأكيد نرجع إلى الحديث عن الدراسة الأكاديمية فنجد أن رد

العمل الحدوثي قد ظهر مره أخرى وعندئذ نجد أنه كان السبب الحقيقي في المشكلة

مما سبق نجد أننا قد أجرينا تجربة والهدف منها هو عزل وتحديد السبب في تأثير معين. وإذا لم نستطيع فصل السبب الحقيقي عن باقي الأسباب فإننا نحصل على معلومات قليلة لن تساعد في الفهم الكامل للسبب الحقيقي الذي أثر في المتغير التابع ، فالمرآح الاكتفائي بما أن ينتج من الحديث عن دراسة أو الموسيقى التي نعرف أو التعب الناتج عن المجهود الأكاديمي.

والعقبة في معرفة السبب الحقيقي هي المتغيرات الأخرى التي تؤثر على المتغير التابع. ومن التساؤلات التي تولده الإكلينيكيون " هل يسمى علاج معين أعراض اضطراب معين ؟ " فلو أننا افترضنا أن هناك علاج جديد يسمى " علاج اللبن النسم " Buttermilk therapy ، ولأن لدينا سبباً للاعتقاد بأنه يقلل من القلق لدى الأفراد. ففكرت الفكرة الأولى هي قياس القلق ثم نعطيه كوباً كبيراً من اللبن النسم ونرى إذا ما خفض القلق مع العلاج أم لا. ولابد من عزل للمتغير الدخيل Confound المتدخل في الزمن ، فإذا لم نزل تأثير المتغير المستقل عن التدخل ، فإننا لن نعرف أي منهما كان السبب في التغيير الحادث في المتغير التابع .

وللتقليل لتأثير المتغيرات الدخيلة الكامنة ، يدمج الباحثون ثلاث ملامح

هامة في تجربتهم، وهي :

- المجموعة الضابطة .
- التخصيص العشوائي .
- التصميم الأعمى .

أ- المجموعة الضابطة

هي مجموعة من الأشخاص الذين لم يتعرضوا للمتغير المستقل، وتكون مماثلة للمجموعة التجريبية في كل شيء عدا التعرض للمتغير المستقل الذي يتعرض له أفراد المجموعة التجريبية وبالمقارنة يستطيع الباحث معرفة أثر المتغير المستقل بصورة أفضل .

ومن المهم التأكيد من عدم وجود أي فروق منهجية بجانب العلاج في الطريقة التي اختبرت بها المجموعتين كل تكون أحدهما قد اختبرت مساءً والأخرى صباحاً، حيث أن مثل هذه العوامل قد تكون مسؤولة عن الفروق في مستويات القلق .

ب- التفصيل العشوائي :

إن الطريقة التي يتم اختيار المجموعتين بها هامة باعتبارها بروتوكول تجريبي، فالفروق التجريبية التي توجد بين الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة قبل التجربة قد تنحصر النتيجة، هي العلاج باللبس اللين إذا فتحنا الفرصة لكل فرد أن يختار المجموعة التي يريد، فمن المتوقع أن يختار من يحبون اللين اللين المجموعة التجريبية، ومن لا يحبونه يختارون المجموعة الضابطة. وهذا الانتقاء سوف يؤدي إلى الكثير من الفروق بين المجموعتين، فهي لا تشمل الفروق بين المجموعتين في الحيزات العلاجية فقط بل الفرق المنهجي الموجود بينهم ، ومن يحبون اللين يكونوا أصحاء ولقوياء، وأكثر مودة، وأكثر ثقافة ممن يكرهونه .

ولتفصيل أثر الفروق المنهجية يستعمل الباحثون أسلوباً محصلاً عشوائياً. وذلك باقتفاء الأسماء عشوائياً من دوق رجالي، وبالتالي يكون لديهم سبب أكثر اعتقاداً بأن أي فروق ترجع إلى للمتغير المستقل .

جـ- التصميم الأعمى:

التصميم التجريبي الأعمى يمثل مشكلة أخرى متضمنة في المتغيرات الدخيلة، والتي تنحصر في تأثير التحيز من قبل الأفراد الذين يجرون

التجربة قد يتحيزون إلى نتائج تجريبية بهدف جعل المجرب مسؤولاً أو لمساعدته

وحتى إذا لم يرغب الأشخاص في مساعدته المجرب. فلي توقعاتهم عن نتيجة للتجربة قد تؤثر في الطريقة التي يستجيبون بها. هذا وقد نشرت العديد من الدراسات إلى أن مجرد توقع الأفراد لعلاج من الممكن أن يساعد على التحسن، حتى وإن كمل العلاج رافعا مثل برشام السكر، وقررت إحدى الدراسات تحسن عملاء إكلينيكيين قد أعطوا أنوية وهمية بتحسن عملاء إكلينيكيين آخرين كانوا في قمة الانتظار للعلاج، وبعد فترة زمنية اكتشف أن كثيرا ممن أخذوا برشام الوهمي وتوقعوا تحسنا بشكل جوهري عن كانوا في قائمة الانتظار .

وتوجد طريقة مستقيمة Straightforward way لمنع التأثيرات الكامنة لتحيز الأشخاص في التجربة، وهي ألا يعرف الأشخاص في أي مجموعة ينتمون وهذه الاستراتيجية التجريبية تسمى تصميماً أعمى. لأن الأشخاص صعبا بالنسبة للمجموعة التي ينتمون إليها .

الفصل الثاني

الاضطرابات النفسية

الفصل الثاني

الاضطرابات النفسية

الاضطرابات النفسية-

يقتن الناس بكل شئ أو غير عادي " فلشخص تشرق وكفى وتغير لنا وليس لدينا حب استطلاع لأن نعرف السبب في ذلك " . هذا هو ما لاحظته " رالف والدو إيميرسون R.W.Emerson " . ودائماً ما سأل من السبب في كل كشر، والألم، والجوع، ومن يتصفون بالعبط " Silly " .

لماذا هذا الاقتران بالاضطربين ؟ غالباً لأننا غالباً ما نجد فهم شيئاً ما في أنفسهم . فهي لحظات مختلفة كلنا بشعر ونفكر أو نتصرف كأنفسنا مضطربين . ونصبح أيضاً قلقين، ومكتئبين، أو مضادين للمجتمع بوشككون وهذائين .

ولذلك فإن دراسة الاضطرابات النفسية تكون مثيرة في بعض الأوقات للتحرف على الذات حتى يظهر لنا ذلك ديماميات شخصيتنا الخاصة . إن دراسة الشاذ الفضل وميلة للفهم السوي .

والسبب الآخر هو أن كل منا قد يشعر إما بشكل شخصي أو في أحد أصدقائه أو قريبه بالحيرة والألم من اضطراب نفسي . والله قد تعجز أمام أحد الأعراض البدنية التي لا تجد لها تفسير ، وقد غامرنا مغلوب غير منطقية ، أو راوناك ففكر بأن الحياة لا تستحق أن نعيش .

ومن الملاحظ أنه كل عام يدخل ١,٧ مليون حالة المستشفيات النفسية، ووحدات الطب النفسي بالولايات المتحدة الأمريكية، وحوالي ٢,٤ مليون أقرعوانون وجود إصابة بالمعز، ويشنون المساعدة كمرضى خارجيين يترددون على مؤسسات وعيادات الصحة العقلية . وحوالي ١٥٪ من الأمريكيين محكوم عليهم بالحاجة إلى مثل هذه المساعدة . هذا ولا توجد ثقافة حالية من الدائير فر هيبيس : الاكتئاب والقصام . ويعاني حوالي ٤٠٠ مليون شخص حول

العلم من الاضطرابات النفسية، هذا ما قرره مدير الصحة النفسية بمؤسسة
لصحة النفسية العالمية .

تعريف الاضطرابات النفسية :

قد كان جيمس أوليفر هايرتي J.O.Huberty يسمع أصواتا
" تحدث مع الله " كما قررت زوجته. وبالرغم من عدم ذهفه إلى عيانتهم، فإنه قد
دخل أحد مطاعم "ملك دونالد" في كاليفورنيا في صيف عام ١٩٨٤ وهو يصبح
" لقد قتلت ألفا في عيانتهم وسأقتل ألفا لآخرين " وقبل أن ترديه الشرطة قتيلا كان
قد قتل ما يقرب من ٢١ فردا .

ومع نهاية الحرب العالمية الثانية أصبح جيمس فورستال
J.Forrestal "سكرتير الدفاع الأول بالأمريكا " مقتنعا تماما بأن وكلاء
الموساد الإسرائيلي يرادونه. وشخص باعتباره مريضا عقليا وحُجز بدور
عالي بإحدى المستشفيات العسكرية. وقد انتهى الأمر بالموت.

فكل من الأصوات التي سمعها " هايرتي " ودرجة القلق والاكتئاب
التي خبرها " فورستال " كانت عبارة عن تحركات عن السواء. فهذه كانت
مدرجات شذو (غير موية)، ونتيجة لاختلافها عن مدرجات معظم الناس
الأخرين وعن ثقافة الفرد، فكان هذا الأمر يُعرف كاضطراب نفسي .

وهناك نوع آخر من الشذوذ، إنه ليس اضطرابا، فالصاحب الميذليات
الاحدية شاذون في قدرتهم البدنية، فهم أبطال، لكن سلوكهم غير نمطي لم يألفه
الكثير من الناس.

هذا وتختلف معايير قبول السلوك من ثقافة لأخرى، كما تتغير على مر
الزمن.

فالملوكيات غير النمطية والمسببة للإزعاج أكثر احتمالا لأن تعتبر
مضطربة عند الحكم عليها كمؤدية، والكثير من الإكليبكيين يعرفون
الاضطرابات النفسية كسلوكيات مبنية التكيف مثل ما يحدثه اعتماد المدخن

للبكرتين من تلف بدني. وهكذا فإن السلوكيات النمطية مثل الكتابة العرضية التي يشعر بها طلاب الجلصة قد تشير إلى اضطراب نفسي إذا أصبحت ممجزة. وسوء التكيف هو المفتاح حيث يجب أن تسبب السلوكيات أذى أو عجز أو تصع الفرد في مخطوطه للمعاقاة أو الموت .

هذا والسلوك الشاذ يحتمل إلى أقصى حد باعتباره مضطرب حينما يجده الآخرون غير مبرر من الناحية المنطقية. فالأطباء قد أرجعوا سلوكه "لوريمتال" على حاله وقرروا أنه مضطرب. ولو أنه استطاع أن يفتح الآخرين بشكوكه فيما كانوا ساعدهم. وكذلك "هايرتي" الذي ادعى أنه يسمع أصواتاً وتحدث مع الله، فمن نزع أنه كان مخبولاً، وهكذا فإن العاملون في مجال الصحة النفسية يصنون السلوك بأنه اضطراب نفسي حينما يحكمون عليه بأنه غير نمطي، ومزدياً إلى إزعاج، وسى التكيف، وغير مبرر بشكل منطقي.

ما هو الاضطراب النفسي ؟

للاضطراب النفسي ملامح وأعراض عديدة تختلف من مريض إلى مريض وتباين شدتها أو حنتها في المرض فواحد من فرد إلى فرد، وحتى في المريض فواحد من وقت لآخر. وفي سوء هذه الملامح والأعراض نحكم على سلوكك بالسواء أو عدم السواء، وفي بعض الحالات تكون الأعراض مأساوية وغير عادية ويصبح الشخص غير طبيعياً على طول الخط وفي هذه الحالة لن يكون من الصعب الحكم على الاضطراب حتى من قبل لفصلي نفسي مبتدئ، ومثال ذلك الشاب الذي يعتقد أن أرقه تذاع بواسطة محطات التليفزيون إلى كل أرجاء الأرض، أو الفتاة التي تتكلم بشكل مستمر بصوت مرتفع مع أشخاص متوهمين من عائلتها فكلاهما قد الارتباط بالواقع.

ولكن بعض الحالات يكون من الصعب تشخيصها وتحتاج إلى معالج بارع لتشخيصها لما بها من تشوش وعموض، فالمعولم الذي يهجر وظلمته لأن مشرقه الإداري قد وجه لوماً أو نقداً وترتب على ذلك

أن وضع في صلتة مالية كبيرة، والتخصص الذي يؤمن أن للعراقين قدره على قراه المستقل، والرجل الذي يستمتع بارتداء ملابس النساء مع أنه سعيد في علاقته الزوجية ويظهر قدراً لابلس به من السواء، والمخفيين والرياضيين الذين يستمرون في تعاطي المنشطات مع علمهم بمخاطرها.

فكل هذه الحالات توحي أنه من الصعب أن نحدد الاضطراب النفسي أو السلوك الفلأوى بشكل قاطع، والتغلب على تلك الصعوبة عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في كتابها الدليل التشخيصي والإحصائي للمراض العقلية "الإصدار الرابع D.S.M. IV" الاضطراب النفسي بأنه نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط بأعراض مؤلمة أو قصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة ويؤكد الدليل من خلال عرصة لامكانية الاستدلال سواء بالملاحظة أو بالقياس على وجود القصور أو المعرج في النواحي السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، ولي الاضطراب لا يقتصر فقط على علاقة الفرد في المجتمع .

وتستق الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمه الصحة العالمية على ثلاث أمور لتعريف الاضطراب النفسي : وهي :

- ١- وجود ألم عضوي أو نفسي واضح .
- ٢- أن صاحب الاضطراب قصور ذات دلالة إكلينيكية في النواحي الشخصية والمهنية للمريض.
- ٣- لا يكفي تعريف الاضطراب أو الحكم على وجوده من خلال الصراع الداخلي بين الفرد والمجتمع أو انحراف سلوكه عن معايير المجتمع .

والقضية الأخيرة تلقى قبولاً في بعض الأحيان، فالشباب الفلسطيني الذي يعيش في الأراضي المحتلة، تقرأ معارصاً لاغتناب

لرضه هو هي قمة السواء النفسي حتى لو أحاط جسده بحزام ديناميت وفجره في جمع من معصبي لرضه، لن يكون مريضاً نفسياً وإلا ما فعل ذلك .

انتشار الاضطرابات النفسية .

ما مدى شيوع الاضطرابات النفسية ؟

المسح الأكثر شمولاً نشر عام ١٩٨٤ م وقد أجرى على الراشدين في الولايات المتحدة الأمريكية وطلق عليه المسح القومي للمصاحبات المرسية المشتركة National Comparability Survey، وفيه تم عمل مسح للأمريكيين البالغين من العمر ١٥ حتى ٥٤ سنة؛ ومنذ ذلك عن الأعراض الخاصة بالاضطرابات النفسية التي كانوا يخبرونها في :

١- أي مرحلة في حياتهم ؟

٢- غضون ١٢ شهراً سابقاً ؟

وقد وجد الباحثون من نتائج المسح أن انتشار الاضطرابات النفسية كان أكثر ارتفاعاً مما كانوا يظنون، فقد وجدوا أن نسبة ما بين ٤٨٪ من الراشدين قد خبروا الأعراض الخاصة بالاضطرابات النفسية في مرحلة ما من العمر، ونسبة الأفراد الذين خبروا أعراض اضطراب نفسي في ١٢ شهر سابقة كانت حوالي ٣٠٪، وفي حوالي ٨٠٪ من الذين عانوا من الأعراض الخاصة باضطراب عقلي في السنة السابقة لم يسعوا إلى أي نمط من العلاج أو المساعدة لأعراضهم .

ومن الممكن أن تنظر إلى النتيجة السابقة بطريقتين :

الأولى: أن أفراداً كثيرين من الممكن أن يستفيدوا من علاج الصحة النفسية، ولكنهم لا يسعون إليه، وهذا قد يمكن نقصاً في الوعي بالاضطرابات النفسية، أو بسبب وصمة العار التي لازالت موجودة عند السعي لعلاج الأعراض النفسية .

ثالثية : قد كانت الاضطرابات العقلية أعلى بكثير مما كان يعتقد، فمن الواضح ان معظم الأفراد يستحملون الأعراض دون أن يصعبوا " حقاً في الحالات الخطيرة التي تطلبت علاجاً مباشراً قد مثلت ما يقرب من ٣٪ إلى ٥٪، وقد طور هؤلاء الأشخاص من الناحية النفسية اضطرابات عقلية عديدة على مر الزمن وليس فقط اضطراب واحد ظهر فجأة".

كذلك توضح أيضاً ان هناك لمختلف بين الجسمين في انتشار الاضطرابات العقلية حيث حصلت النساء على انتشار أكبر للقلق والاكتئاب في حين حصل الرجال على انتشار أعلى لاضطرابات سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً .

أسباب الأمراض النفسية :

لكل شيء سبب، ولا شيء يأتي من لا شيء. nothing comes from nothing. هذا وتتلخص أسباب الأمراض النفسية من تفاعل قوى كثيرة متحدة ومعتدة، لدخالية في الإتصال وحارجية في البيئة .

لتقسيم الأسباب :

الأسباب الأصلية أو المهيمنة :

وهي تلك الأسباب غير المباشرة التي تمهد لحدوث المرض، والتي ترشح الفرد وتجعله عرضة لظهور المرض النفسي إذا ظهرت أسباب مساعده تعجل بظهور المرض النفسي في تربة أعتدتها الأسباب الأصلية، وتلك الأسباب الأصلية متعددة ومختلفة وربما يستمر تأثيرها على الفرد عدة سنوات، مثل :

- ١- العيوب الوراثية .
- ٢- الاضطرابات الجسمية .
- ٣- الحبرات المؤلمة خاصة في مرحلة الطفولة .
- ٤- انهيار الوضع الإجتماعي .

بـ. الأسباب الناجمة أو المرضية :

هي تلك الأسباب المباشرة والأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسي والتي تجعل بظهوره. ويلزم لها أن يكون الفرد مهياً للمرض النفسي. أي أن السبب للمساعد يكون بمثابة " القشة التي قصمت ظهر البعير " أو " الزناد الذي يعجز الجلود ". وتدخل آثارها في أغراض المرض، أي أنها تفجر المرض ولا تحلقه. ومن أمثلتها :

- ١- الأزمات والصدمات كالأزمات الاقتصادية والصدمات الانفعالية .
- ٢- المراحل الحرجة في حياة الفرد مثل : من البلوغ، من الشيخوخة، عند الزواج، الإنجاب، الانتقال من بيئة إلى أخرى، أو من نمط حياة إلى حياة أخرى.

جـ. الأسباب النفسية :

هي أسباب ذات أصل ومشأ نفسي، وتتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية. ومن أهم تلك الأسباب النفسية :

- ١- الصراع .
- ٢- الإحباط .
- ٣- الحرمان .
- ٤- العدوان .
- ٥- حل الدفاع غير التوافقية .
- ٦- الخبرات السيئة والصادمة .
- ٧- عدم النضج النفسي .
- ٨- العلاقات غير الصحية .
- ٩- الإصابة السابقة بالمرض النفسي .

د- الأسباب البيئية الظرفية :

وهي تلك التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الإجتماعي. ومن أمثلتها .

١- اضطراب العوامل الحسارية والثقافية .

٢- اضطراب التنشئة الإجتماعية في الأسرة والمدرسة والمجتمع .

ولا بد لنا في تحديد أسباب وتشخيص المرض النفسي ألا نبالغ في مجموعة من الأسباب على حساب الأخرى، بل لابد لنا من أن نهتم بالأسباب الحيوية والنفسية والبيئية المهيا منها والمرتب .

ولا نغفل على أهمية تحديد الأسباب كما يراها المريض نفسه ولي نذكره بأن " لا شيء يأتي من لا شيء " . ولا شك أن معرفة الأسباب بدقة تساعد في إزالتها وتجعل التنبؤ بنجاح العلاج محتملا جدا .

هـ- الأسباب الحيوية

الاضطرابات الوراثية :

يقصد بها الانتقال الحيوي (البيولوجي) من خلال الموروثات (الجينات) من الوالدين إلى الأولاد في لحظة الحمل وأهم ما يتأثر بالوراثة التكوينات الجسمية مثل: الطول، لون البشرة، لون الشعر، لون العينين، التكوينات العصبية، ومعدل نشاط العدد. ويختلف الأفراد بعضهم عن بعض بالوراثة من حيث درجة الحساسية والتأثر ودرجة الاحتمال ويختلفون بالوراثة من حيث الدواعي والحوية والقابلية للتعلم .

وهناك بعض الأمراض التي يركز العلماء على أثر الوراثة فيها وهي عصى الأولاد والعتة العائلي الكس. وهناك أمراض نفسية يحتمل أن يكون للوراثة دور فيها وهي الصمام، دهل الهوس والاكتئاب، الصعف الخفي، والصرع.

ومن أهم الأسباب الوراثية للمرض النفسي :

- ١- التثنية الخلقية الوراثية .
- ٢- اضطراب درجة الصلابة الوراثي .
- ٣- اضطراب درجة الاحتمال .
- ٤- اضطراب قوة النواقل .
- ٥- اضطراب الحيوية .
- ٦- وضعف القابلية للتعلم .

الاضطرابات النفسية :

قد تتقلب وتُسود ويكون تأثيرها مباشراً، وبذلك يكون الاضطراب النفسي نفسولوجي أو عصوي المنشأ .

أهم الأسباب النفسية :

- ١- خلل أجهزة الجسم .
- ٢- تغيير نفسولوجي في مراحل النمو المختلفة، وأهم مظاهره :
 - البلوغ الجنسي .
 - الزواج .
 - الحمل والولادة .
 - سن التقاعد .
 - الشيخوخة .

اضطرابات البنية أو التكوين PHYSIQUE :

يقصد بها البناء الحيوي للفرد. وهي عبارة عن المعادلة لصلابة الجسمية للتنظيم الفردي. وتشمل الخصائص الفطرية للفرد وخبراته البيئية المبكرة، وتتأثر البنية أو التكوين بالوراثة وتعديل عن طريق المؤثرات البيئية

في مسار النمو. وبالتأكيد لا يفرد التكوين في تسبب المرض النفسي بل يشترك مع غيره من العوامل المسببة للمهينة والمربية .

وفيما يلي الأسباب التكوينية الأساسية :

- ١- اضطراب النمط الجسمي .
- ٢- اضطراب المزاج Temperament .

العوامل العضوية :

يعتقد بعض الباحثين أن بعض الأمراض النفسية تحدث بسبب عوامل عضوية كالقصورات الفيزيائية أو الكيميائية التي تكفي لإحداث اضطراب عضوي وبالتالي تفصح المجال لردود أفعال مرضية

أهم العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية .

- ١- الأمراض .
 - ٢- التسمم
 - ٣- الإصابات .
 - ٤- المعاملات والعيوب والتنوعات الجسمية .
- أسباب عضوية أخرى .**

- ١- مرحلة السن العرجة .
- ٢- ظروف العمل القاسية .

بعض العوامل النفسية الأخرى وراء الاضطراب النفسي :

١- الصراع Conflict

هو العمل المتراس للدوافع أو الرغبات المتعارضة أو المتبادلة، وينتج عن وجود حاجتين لا يمكن إشباعهما في وقت واحد، ويؤدي إلى التوتر الإنفعالي والقلق والاضطراب الشخصية .

ويعتبر أهم الأسباب النفسية المعزولة عن المرض النفسي، فالشخصية التي يهددها الصراع يهددها القلق وتكون فريسة للمرض النفسي .

ويتضح الصراع في

- تجذب الواقع × مولجته الواقع .
- الاعتماد على الغير × الاعتماد على النفس وتوجيه الذات .
- الإحجام والخوف × الإقدام والشجاعة .
- الحب × الكره .

أنواع الصراع :

- ١- صراع الإقدام approach - approach conflict .
- ٢- صراع الإحجام avoidance – avoidance conflict .
- ٣- صراع الإقدام الإحجام approach – avoidance conflict .
- ٤- صراعات أخرى :

- الصراع بين الهو والأتا .
- الصراع بين الأنا والأتا الأعلى .
- الصراع بين الهو والأتا الأعلى .
- الصراع بين الدوافع والضوابط .
- الصراع بين المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية .
- الصراع بين الحاجات الشخصية والواقع .
- صراع القيم .
- صراع الأدوار الاجتماعية .
- الصراع بين الطبقات .
- الصراع الثقافي بين الأجيال .

• الصراع مع المصلحة .

ب- الإحباط .

هو حالة تتعلق فيها الرغبات الأساسية أو الحوافز أو المصالح الخاصة بالفرد، أو اعتقاد الفرد في تحقيق هذه الرغبات والحوافز والمصالح صان مستحيلاً أي أنه هو العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعلق يحول دون إشباع حاجته أو إشباع حاجته أو تحقيق أهدافه أو توقع وجود هذا العلق مستقبلاً . هذا وتختلف الاستجابة للإحباط من شخص لآخر .

يقسم الإحباط إلى :

- ١- الإحباط الداخلي (الشخصي) .
- ٢- الإحباط الخارجي (البيئي) .
- ٣- الإحباط التام .
- ٤- الإحباط الجزئي .

جـ- الحرمان :

هو فقدان الفرصة لتحقيق الدافع أو إشباع الحاجة أو انتقاؤها بعد وجودها . ومن أمثلته :

- ١- الحرمان الحيوي .
- ٢- الحرمان النفسي المبكر .
- ٣- الحرمان البيئي العام .
- ٤- عدم إشباع الحاجات الأساسية مثل الحاجات الضوية، الجنسية، الإنفعالية، النفسية، الاجتماعية، والجسمية .
- ٥- الحرمان من دافع الولدية .
- ٦- الحرمان من حب وعطف وحمل ورعاية الوالدين

د- إغراق حيل الدفاع النفسي

يؤدي إغراق حيل الدفاع النفسي إلى عدم تحقيق الهدف وهو تجنب التوتر والقلق. وفي حالة اللجوء إلى حيل الدفاع غير السوية الضعيفة مثل النكوص والحوار والإسقاط والتحويل، فإن سلوك الفرد يظهر مرضياً .
ومن أمثله ذلك

- ١- إغراق الكبت .
- ٢- استحالة الإعلاء .
- ٣- الترميز .
- ٤- التحويل الرائد .
- ٥- الإسقاط الزائد .
- ٦- التفكك .
- ٧- الإسترغاق في التخيل .
- ٨- النكوص .

هـ- الطبقات السنية أو الصلابة

فموقف الخبرة الصلابة يحرك العوامل السلوكية ويستقر ما لدى الفرد من عقد واتسمالات ودوافع مكبوتة ويقال أن كل مرض نفسي هو مأساة كتبت فكرتها في الطفولة بيد الوالدين، ويقوم الفرد الصلبة بتمثيلها في عهد الكبر. ويمكن القول أن صلابة واحدة قد لا تؤثر في بناء الشخصية، ولكن تكرار الصدمات يصدهه والافتجار بنفسه.

ومن أمثلتها

- ١- موت والد لو أخ .
- ٢- عملية جراحية لو مرض شديد
- ٣- انفصال مفاجئ لو مستمر عن والدين .

٤- الإحباط المستمر أو الشديد

٥- الحرمان من الحاجات الجسمية الأساسية .

٦- الخبرات الجسدية الصالحة ذات الدلالة الانفعالية .

٧- حيرة وتحطيم الأمل .

٨- جرح الكبرياء .

٩- الأزمات الاقتصادية.

١٠- المشكلات الاجتماعية.

١١- مواجهة حالات غير عادية .

و- العادات غير الصحية :

في التكوين الخلقي أو غير الصحي للعادات السلوكية يلعب دوراً هاماً في إنتاج الشخصية غير السوية والمرضى النفسي ومن أمثله ذلك :

١- العادات الجسمية غير الصحية (كما في المشي أو الكلام) .

٢- سوء العادات الاجتماعية (كضعف الضمير وعدم تحمل المسؤولية) .

٣- سوء العادات العقلية المعرفية (كقصص المعرفة بالمبادئ العلمية الأولية) .

٤- ضعف ملطحن الإدرة والاختيار (الأنماط غير الصحية لردود الأعمال للانفعالات) .

٥- سوء العادات الانفعالية (كالحرص والخوف من المستقبل) .

٦- سوء العادات الدينية والأخلاقية .

ز- الإصابة السابقة بالمرض النفسي .

تترك الإصابة السابقة بالمرض النفسي المريض بعد شفائه عرضة للعدسة أو الإصابة مرة أخرى الا اذا عولج علاجاً طويلاً هادفاً وقائياً شاملاً

ج- اسباب نفسية أخرى :

- ١- التناقض الوجداني (الحب، الكراهية، الشعور بالأمن، والشعور بالقلق) .
- ٢- الضغوط النفسية (بسبب المنافسة ومطالب الزواج ومطالب المدينة المعقدة) .
- ٣- الإعداد غير الكافي للمراقبة أو الرشد أو الضخوخة .
- ٤- الإطار المرجعي العاطفي بخصوص الحقيقة والقيم والأفكار الحرفية .
- ٥- مفهوم الذات المنال .

الأسباب البيئية للاضطراب النفسي:

١) ضغوط البيئة الاجتماعية .

تؤثر البيئة والوسط الاجتماعي الذي يتحرك فيه الفرد في تشكيل ونمو شخصيته وتحديد حول دفاعه النفسي عن طريق التربية والضغوط والمطالب التي تسود في البيئة التي يعيشها. والبيئة التي تربي فيها الفرد والمؤثرات التي حصص لها منذ الطفولة تحدد سمات شخصيته سواء كانت سوية أم لا سوية وتدل بعض الدراسات النفسية على أن نسبة المرض النفسي تتفاوت حسب البيئة الفقيرة أو الغنية والحصرية أو الريفية

٢) جموح التغير الاجتماعي Uncontrolled Social Change

لقد كان التغير لهما معنى بطيئا إذا قورن بالتغير السريع الحادث الآن والأمرع الذي سيحدث في المستقبل والذي قد يصل سرعته إلى " التهور " مما قد يظهر في المجتمع بشكل " مجتمع مهووس " manic society وتصبح سرعة التغير الاجتماعي للجامح سلامة تؤدي إلى ما يسمى " صدمة المستقبل " future shock ممبئية للاضطراب النفسي وربما مدمره عندما لا يستطيع الإنسان استيعاب نتائج التغير السريع، وعندما يتناول التغير القديم الاماسية،

وعندما ينقلت عيار الضبط الاجتماعي social control ولا يقوى على كبح جماح تهور التعبير الاجتماعي .

٢) العوامل الحضارية والثقافية

تمثل العوامل الحضارية والاتجاهات الثقافية عوامل هامة في إنتاج المرض النفسي. وتتل بعض الشواهد على أن بعض الأمراض النفسية تميل إلى الانتشار في المجتمعات المنحصرة لكثير من المجتمعات البدائية .
ومن أمثله ذلك :

- الثقافة المريضة: التي تسود فيها عوامل السهم مما يولد الإحباط والتعقيد الثقافي.
- التطور الحضري السريع: وعدم التوافق مع الحياة الصناعية المعقدة وعدم التوافق مع عصر السرعة .
- التصادم بين الثقافات: فهناك بعض التناقض بين الثقافات الشرقية والغربية.

٣) اضطراب التنشئة الاجتماعية :

قد يصبح أي شيء يحرق عملية التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي والانتماء الاجتماعي مصدراً للضغط والاضطراب النفسي. ولا شك أن التنشئة الاجتماعية غير السوية تخلق إحباطات وتوترات لدى الفرد .
ومن أمثله ذلك :

- الاضطرابات في الأسرة : (الوالدين، الطفل، الوالدين والطفل، الطفل والأخوة، والطفل والأسرة)
- سوء التوافق في المدرسة : (الأسرة والمدرسة، المربيون، التلميذ، المربيون، والتلميذ ورفقه).

• سوء التوافق في المجتمع : (الصحة السيئة، مشكلات الأكليات، سوء التوافق المهني، سوء الأحوال الإقتصادية، تدهور نظام القيم، الكوارث الاجتماعية، الحرب، والصلال) .

• الحضارة (بعمق ونقمة)

أعراض الأمراض النفسية

تختلف الأسس التي يقوم عليها التصنيف من حيث كون الأعراض دلالية أو خارجية، عضوية أو نفسية المنشأ، ووظيفة النفسية التي تظهر فيها الأعراض حيث قد تظهر في الوظائف العقلية العليا أو وظائف أعضاء الجسم أو التوافق الإنفعالية أو الاجتماعية.

• الأعراض الدلالية .

هي التي لا تلاحظ مباشرة ولكن تلاحظ من تعبيراتها السلوكية مثل الخوف .

• الأعراض الخارجية :

وتكون ظاهرة وواضحة فمنها حرط إفراز العرق أثناء القلق أو الجمدة في الانفصال .

• الأعراض عضوية المنشأ :

تحدث نتيجة اضطرابات وتغيرات فسيولوجية أو اضطراب أي جهاز آخر. وقد تكون لعوامل دلالية كالتغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي كما في أورام المخ. وقد تكون نتيجة لعوامل خارجية كالضوى أو التسمم، مثل عدوى قُرهي في المثلى الجنوني العام، والكحول في مرض كورسكوف، وقد يصاحب الأعراض عضوية المنشأ أعراض نفسية نتيجة للاضطراب النفسي، وهذا ما نجده في الأمراض الجسمية في بعض الوقت، ومثل ذلك الاكتئاب والأتيميا.

• الأعراض نفسية المنشأ :

تنتج عن الصلابة النفسية المضطربة التي تسببها عوامل دلالية
وحارجية تعتبر علامات على محاولة المريض في جهاده وحربه ونقاؤه ضد
مشكلاته والأعراض النفسية المنشأ تكون في الغالب تعبيراً عن الانزعاج،
ويقتالي المريض قد لا يعي أصلها أو معناها، إلا أنه يعي وجود ضغط داخلي
يواجهه هذه الأعراض كسلحة لمقلومة هذا الضغط .

أعراض الاضطرابات الأخرى:

• اضطرابات الإدراك Disorders of Perception .

١- الهلوسات Hallucination :

- الهلوسات السمعية .
- الهلوسات البصرية .
- الهلوسات الشمية .
- الهلوسات الذوقية .
- الهلوسات اللمسية .
- الهلوسات الجسمية .
- هلوسات التوقع .

٢- الخداع Illusion :

- الخداع الزائد .
- الخداع النقص .
- الخداع المختلط .
- الخداع .
- اضطراب حاسة الشم .
- اضطراب الجهاز العضلي .

اضطرابات التفكير Disorders of Thinking

١- اضطراب إنتاج الفكر:

- التفكير الذاتي أو الخيالي .
- التفكير غير الواقعي أو غير المنطقي .

٢- اضطراب سريان التفكير:

- طيران الأفكار .
- تأخر أو بطء التفكير .
- التردد أو المذوومة .
- المنع أو العرقلة .
- الخلط أو الإسهاب .
- القسنت أو عدم الترابط .

٣- اضطراب محتوى الفكر:

- الأوهام .
- الوسوس .
- الخوف .
- فقر الأفكار .
- الهلوسة الفكرية .
- ضغط الأفكار .
- انتزاع الأفكار .
- إبحام الأفكار .
- الانشغال .
- تناقض الأفكار .
- المفسطة .

اضطرابات الذاكرة Disorders of Memory

- ١- وحدة الذاكرة Hypermedia .
- ٢- فقد الذاكرة أو انسيان : Amnesia :
 - فقد الذاكرة الرجعي .
 - فقد الذاكرة اللاحق .
- ٣- خطأ الذاكرة Par amnesia :
 - التزييف .
 - التاكيف .
 - الألفة .
 - الجدة .
 - اضطراب الحفظ والاسترجاع .
 - فجوات الذاكرة .
 - فترات اللسان .
 - زلات القلم .
 - نسيان عمل شيء معين .
 - استخدام الكلمات الخاطئة .

اضطرابات الوعي أو الشعور Disorders of Consciousness :

- ١- تغييب الوعي أو تشوش الضعور Clouding of Consciousness .
- ٢- اضطراب التوجيه Disorientation
- ٣- الذهول Stupor
- ٤- الهذيل Delirium
- ٥- الحالة الحالمية أو السقية Dream or Twilight State .

٦- الخلط Confusion .

٧- التفكك Dissociation

اضطرابات الانتباه Disorders of Attention :

١- زيادة الانتباه Hyperprosexia

٢- قلة الانتباه Inattention .

٣- تحول الانتباه Distractibility

٤- السهول Aproxia .

٥- الانشغال Preoccupation .

اضطرابات الإرادة

١- اضطراب اتخاذ القرارات .

٢- اضطراب الفعل الإرادي .

٣- اضطراب الدافعية .

اضطرابات الكلام .

١- اضطرابات الكلام العامة :

• الحبسة .

• تأخر الكلام .

• الكلام التشنجي .

• الكلام اللطفي .

• اللغة الجديدة .

٢- عيوبطلاقة اللسان :

• الجلجة أو التهنه .

• الحطة .

٣- اضطرابات كم الكلام :

- التثنية .
- قلة الكلام .
- الخرس أو البكم .

٤- اضطرابات سريان الكلام :

- بطء الكلام .
- سرعة الكلام .
- عرقلة الكلام .

٥- اضطراب تكرار الكلام :

- النمطية .
- لاجتزال الكلام .
- المصاداة .

٦- صعوبات النطق :

- الإبدال .
- التثاق
- اللثغة
- الطمطمه
- اللحكة
- التردد
- التمنمة
- اللعلاء
- اللعنة

• الترخيم .

• اللغب

٧- اضطرابات الصوت :

• الخن .

• الغسمة .

• المعطمة .

• الانفعال في الصراخ والمصباح .

• القسبية والامتناع عن الكلام .

اضطرابات الانفعال :

١- القلق Anxiety .

٢- التوتر Tension .

٣- القزع Panic .

٤- القلبد Apathy .

٥- اللامبالاة Indifference .

٦- التناقص الانفعالي Ambivalence .

٧- نقص لثبات الانفعالي Emotional Liability .

٨- الحراف الانفعال Perversion .

٩- المرح Elation .

١٠- النشوة أو التجلي Euphoria .

١١- الوجد Exaltation .

١٢- مشاعر الذنب الشاذة

١٣- الاستلارية .

اضطرابات الحركة :

- ١- النشاط الزائد Hyperactivity .
 - النشاط الزائد المرتبط بسرعة سريان الفكر .
 - عدم الاستقرار الحركي .
 - التوتر العضلي .
- ٢- النشاط الناقص Hypo activity .
 - التدهور الحركي .
 - الوهن .
 - الشلل .
- ٣- النشاط المضطرب Disordered Activity .
 - المعجز الحركي .
 - الفزع .
 - التقلب .
 - الحركات المقلصة .
 - التشنج .
 - انقباض العضلي .
 - الخلجات .
 - الارتجافات .
- ٤- النشاط المتكرر Stereotypy .
- ٥- الجمدة Catalepsy .
- ٦- اللزمات الحركية Mannerisms .
- ٧- الآلية Automation .

• الطاعة لأية .

• المحاركة .

٨- السلبية Negativism .

٩- القهر Compulsion .

١٠- العدوان Aggression .

١١- المقاومة Resistance .

١٢- النفور Aversion .

اضطرابات المظهر العام :

١- اضطراب وتطرف النمط الجسمي :

• النمط النحيف .

• النمط البدني .

• النمط العضلي .

• النمط غير المنتظم .

٢- اضطرابات تعبيرات الوجه :

• الحزن والكآبة .

• السرور والفتوة .

• التلعير .

٣- اضطراب حالة الملابس :

• الصلابة .

• إهمال الملابس والفوضى .

• الملابس القشرة الممزقة .

• الملابس غير المتناسقة والشافذة .

- التكلفة والتسبب .
- الإحباط في التزيين والتبرج .
- ٤- اضطراب حالة الشعر :
- التصفيف العريب .
- الإهمال
- ٥- اضطراب الوضع أو الوقفة :
- الوضع الحاصل التمثيلي .
- الوضع التحيزي للشغل .

اضطرابات التفهم :

تظهر في شكل :

- ١- اضطراب الإدراك الواعي .
 - ٢- اضطراب إدراك مضمون الشعور .
- وهما يصطرب الفكر والتحليل والتركيب والتقييم وتشرب الخيرات والإحاطة بالمواقف والأحداث والخيرات الجديدة. وعندما يضطرب التفهم يصبح المريض مشتبك الانتباه ويتعطل فهمه. ويلاحظ اضطراب التفهم في ذهان الشيخوخة والصعب العقلي والتسمم .
- اضطرابات البصيرة .

وهي لا يستطيع المريض فهم نفسه داخليا خاصة فيما يتعلق بمشكلاته الاجتماعية بمرسه ومشكلاته الاجتماعية ومسئوليته. ولا يدرك المريض طبيعة مرضه ولا يفهم أسبابه ولا أعراضه، ومن ثم لا يسعى لاستشاره المختصين ولا يبحث عن العلاج ولا يتقبل العلاج ولا يستمر فيه. ولذلك فإن اضطراب البصيرة يجعل العلاج صعبا. ويلاحظ في معظم أنواع الذهان .

الاضطرابات العقلية المعرفية .

في بعض أشكال التدهور العقلي يلاحظ تدهور الذكاء خاصة في الأمراض المعسوية. ويظهر ذلك في شكل عدم القدرة على القيام بالنشاط العادي في الحياة اليومية، وقلة الاهتمام بالمهام الخارجة، ونقص القدرة على التعامل .-

ويرداد التدهور العقلي المعرفي في الحالات الشديدة وخاصة في الذاكرة والفهم والتفكير والانتباه والإدراك والقدرات العقلية المعرفية الأخرى. ويطلق البعض عليه اسم الخذل، وفيه يصل الحال بالمرضى إلى عدم القدرة على الاتصال والتفاعل الاجتماعي، وعدم القدرة على رعاية نفسه. وقد يتدهور الحال بالمرضى إلى أن يصبح وجوده مجرد وجود حيوي فقط .

اضطرابات الشخصية :

تظهر في سمات الشخصية مثل :

- ١- الانطواء.
- ٢- العصبية.
- ٣- عدم الاتزان الإنفعالي.
- ٤- لتقلب "عدم الاستقرار".
- ٥- الخصوع.
- ٦- ضعف الأنا الأعلى.
- ٧- اللامبالاة.
- ٨- السلبية.
- ٩- قسوة.
- ١٠- الاندفاع.
- ١١- الاستثارية.

١٢- التقيؤ.

١٣- الجمود والحبوس .

اضطرابات الشهية

من أشيعها :

١- قلة الأكل .

٢- الإفراط في الأكل .

٣- البطء الشديد في تناول الطعام .

٤- تقاليع الأكل .

٥- رفض الطعام وفقد الشهية في الاكتئاب .

٦- الامتناع عن الطعام في الخوف .

اضطرابات الإخراج

ومن أشيعها :

١- البول.

٢- ملل البول.

٣- عدم القدرة على التحكم في التبرز.

٤- الإمساك الحسيبي.

٥- الإسهال الحسيبي .

اضطرابات النوم

ومن أهمها :

١- الأرق

٢- تقطع النوم .

٣- النقلب ليلًا أثناء النوم .

٤- اضطراب نظام النوم .

- ٥- قرض الأسنان أثناء النوم .
- ٦- الكلام أثناء النوم .
- ٧- المشي أثناء النوم .
- ٨- المحاروف الليلية .
- ٩- الأحلام المزعجة المتكررة .
- ١٠- الكابوس .
- ١١- سوء التوافق.
- ١٢- سوء التوافق الصحي .
- ١٣- سوء التوافق الشخصي .
- ١٤- سوء التوافق الإجتماعي .
- ١٥- سوء التوافق الزوجي .
- ١٦- سوء التوافق الأسري .
- ١٧- سوء التوافق التربوي .
- ١٨- سوء التوافق المهني .

اضطرابات الانحرافات الجنسية :

- ١- نحو نفس الجنس .
- ٢- نحو موضوعات ملهية.
- ٣- نحو الماهرات.
- ٤- نحو الذات .
- ٥- تحريف الدرجة .
- ٦- مظهرية
- ٧- إجرائية .
- ٨- إجرامية .

٩- حيوانية.

١٠- نادرة.

أمراض نفسية - جسدية وعصبية .

١- أمراض هستيرية :

- الأمراض الحسية .
- الأمراض الحركية .
- الأمراض الهستيرية العامة .

٢- أمراض نفسية جسدية :

- في الجهاز الدوري .
- في الجهاز التنفسي .
- في الجهاز الهضمي .
- في الجهاز البولي .
- في الجهاز التناسلي .
- في الجهاز البولي .
- في الجهاز الهيكلي .
- في الجلد .
- في الجهاز العصبي .

الفصل الثالث

نظريات تفسير الاضطراب النفسي

الفصل الثالث

نظريات تفسير الاضطراب النفسي

وجهات النظر المفسرة للاضطراب النفسي

وصف ويكفيلد Wakefield 1992 سبع وجهات نظر متباينة للملوك
اللا سوى وعلى الرغم من أن بعضها مثير للاستقراء إلا أنها تمتحق للدراسة
ولكن لم تستطع واحدة منها على العموم تقديم تعريف جامع ملتح لمعنى الملوك
اللا سوى Abnormal behavior بل أنها تعطى مفاهيم متعددة لهذا
المصطلح ووجهات النظر المفسرة هي:

خوالة المرض العقلي mental disorder as myth

لقد أطلقها توماس زاس 1960 Thomas szasz فكرة مدوبة قال
فيها أن العصام ليس مرضاً وأن فكرة المرض العقلي مجرد خرافة أو أسطورة
ابتدعها الأطباء النفسيين ليحكموا سيطرتهم ومسلطتهم الاجتماعية على
مرضاهم كما يفترض أن المرض النفسي في أحد مسبباته ناتج عن القمع
وغياب العدل وهو مجرد استجابة اجتماعية، أي طريقة لاحتجاج علي الظلم أو
القمع أو القمع أو ناتج مركب لذلك كله والقمع في تقديره ناشئ عن تسلط
الطبيب على المريض بحكم الدور أو المكافة أو الهيمنة التي يسمي الطب
الحديث لتزويجها أما المعالج فهو الإدارة التي تستخدمها السلطة لقمع الآخر
وهو ما يحقق هنا حصا للطبيب ويرسخ مكلفته وسلطته كما يحقق القمع هنا
سياسياً يسمي إلى إجماع حركة الاحتجاج الاجتماعي في آليات السلطة ويشوه
حركة المعارضة.

ويؤسس زاس موقفه من الطب النفسي المعاصر علي مجموعة فروص
يرى أنها مسلمات حول طبيعة المرض العقلي وما يطلق عليه العلاج النفسي
ويسمى هذه المصطلحات مجرد أساطير ويشبه الطبيب النفسي في العصر
الحالي بالساحر في العصور الماضية فكلاهما يقوم بدور غامض يدعى أنه

يملك معرفة سرية تمنحه مكانة ودورا وسلطة في المجتمع ولكن معلوماتها هذه تنقسم بالمعوض في وقع الأمر وإن المرض مجرد لتحريف عن معيار فيسيولوجي ليس إلا وإذا كان الجسم يمرض في العقل لا يمرض على الأقل بنفس الطريقة.

ويمرق زاس بين المخ الذي هو عضو أو نظام عصبي ملاي يتعرض للمرض والعقل ومن الخطأ الربط بينهما لأن بعض الأمراض كالفصام والهستيريا مجرد نزعت سلوكية لا يجوز ربطها بأحداث فيسيولوجية في المخ ويبنى زاس مدخله لهذا الأمر من شقين هما :

- أ- لم يتمكن الطب النفسي من تأسيس علاقة سببية بين أمراض المخ وما يسمى بالمرض العقلي سواء على المستوى الإكلينيكي أو التجريبي.
- ب- أن وجود حالات نادرة لم تقصر أسبابها الطبية بعد لا يجوز تعميمها على حالات المرض العقلي الأخرى لأنها حالات استثنائية ولم تقصر علمياً.

ويتقدم زاس خطوة لكثير جرأة وخطورة وهي أن فكرة المرض العقلي دلتها غامضة ومبهمه وعامة سواء من حيث الطبيعة أو الجوهر ومن حيث الفئاة والأعراض والناتج، فهو يقصد بذلك القول أن علم الصحة العقلية علم مزور وزائف لأنه يتكس على مفاهيم هي في الواقع مسلمت غير مبرهنة وليس لها طابع تجريبي وينتهي في تحيله إلى أن مصطلح المرض العقلي لغزاع زائف هدفه تصنيف أنماط سلوكية أو تجارب إنسانية على أنها مرض ويعطي مثالا لذلك بمرض الفصام الذي يعتبره ككرة ومفهوم خرافية رئيسية في أدبيات الطب النفسي المعاصر ويرجع المصطلح لأصوله التاريخية والنظرية، فالمصطلح اخترعه كرييليس (١٨٩٨) وكل ما فعله أنه قام بتصنيف ثلاث حالات سلوكية ثم ركبها في سيق واحد أطلق عليه الفصام وهذه الحالات هي :

- حالة الدهول التي يتعرض لها الإنسان في موقف سلوكي

- حالة الهلوسة وخداع الإدراك
- السلوك المسبب غير المقبول اجتماعياً.

ولن نركب الحالات الثلاثة ونحت مصطلح يميز عنها مجتمعه غير مبرر علمياً وهكذا يرى راس أن كل ما بني على ذلك من إجراءات تشخيصية وفحنيات علاجية مجرد إجراءات غير مسبوقة ولا أخلاقية لأنها بديت على باطل .

المرض العقلي كاعتراض أو شذوذ عن المعايير الاجتماعية :

تلمب المعايير الاجتماعية دوراً هاماً في تحديد سوية أو لا سوية السلوك، فالمجتمع هو مجموعة من العادات والتقاليد والآراء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم فإذا ما خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذ حتى لو تعارض ذلك مع النظرة الطبية أو مع المبدأ الذي تنفق مع الحرية الشخصية والديمقراطية وحقوق الإنسان المزعومة في المجتمعات الغربية على سبيل المثال فمازالت بعض الجماعات في أمريكا ينظرون إلى الجسدية المثلية كمسورة من صور الاضطرابات العقلية على الرغم من أن أغلب علماء البيولوجي يرفضون وجهة النظر هذه القنة لمصالحهم السياسية فقد شكلت أصوات المنحرفين جنسياً ٧% من إجمالي الأصوات التي حصل عليها كلينتون ضد بوش في انتخابات الرئاسة (١٩٩٢) عندما لوح لهم بكسبهم حقوقاً إضافية تزيد من اعتراف المجتمع الأمريكي بشرعية هذا السلوك وبشكل علم يمكن النظر لهذا المحك من ثلاث زوايا هي :

- ١- أغلب الاضطرابات العقلية والسلوكية الخطيرة تخبر مشاكل أو أضرار عن المعايير الاجتماعية بصرف النظر عن المواقع أو نمط الثقافة والجريمة وإيمان المضدرات والاكتئاب والفصام وغيرها مما يدعم أهمية استخدام الشذوذ الاجتماعي كمحك للاضطراب العقلي.

ب- تختلف وجهة نظر المجتمع الولد إلى تنود أو انحراف الملوك من حقبة رسمية إلى غيرها. منذ أقل من مائة سنة كل يسود أوروبا عصر من الحشمة والحياء وكبح الرغبت الجسمية وهو ما يعرف بالمعصر الفيكثوري الذي اعتبر الملوك للجسمي تشا فيه ملوكا مرصيا. أما اليوم فقد أصبحت هذه القيم من مخلفات الماضي وأصبحت الفتاة تصل إلى الثامنة عشر وهي عذراء تعد غير عادية كما تغير سلوك الكثير من المجتمعات العربية في ملية وفي علاقة الرجل بالمرأة وهو ما كل قبل ذلك قهرافا لا تقبل به الجماعة وليس هذا دعوة لتقليد الغرب أو الخروج عن هدى الشرع الإسلامي الحنيف بل هو دعوة للتمسك بأصولنا الثقافية والاجتماعية التي اكتسبت المجتمعات العربية هويتها الفردية المتميزة عبر التاريخ.

ج- إن هناك من الملوك ما يمكن اعتباره شاذا في مجتمع وليس كذلك في مجتمع آخر " فقد نجد أنواعا من الملوك متناقضة تماما في حالات متقاربة المكان والزمان.

لم تكن الهلوس وحالات الانجذاب سوية بين اقوام اليوجز واليهود ثممر من ساكني السهول ألم يكن هناك قلائطون يعجب بالجسمية المثالية بوصفها علامة على القوة والرجولة ليس المواطنين في دوبرو dobu مستنئين بالشك والرغبة بطبيعتهم.

ويشير ذلك إلى أن الاعتماد الكلي على الجماع الحضاري والتقليد للملوك قد يكون مصلا ولا بد من الالتفات إلى محكات أخرى جنبا إلى جنب مع المحك الاجتماعي:

الاضطراب العقلي كانهراف إحصائي

إن تعريف الاضطراب العقلي كانهراف إحصائي عن المتوسط سيجعلنا نهتم ببعض أنماط السلوك والخصائص غير العادية أو النادرة التي تقع على طرفي منحنى التوزيع الأعتدالي الظاهرة أو الخفية " وهذا المنحنى يمثل

درجة انتشار أو تكرار ظهور خاصية معينة بين أفراد مجموعة كبيرة من الناس ويتخذ المصحح عادة شكل النقص بانتفاخ في الوسط وبخفة عند الطرفين مثال ذلك أن معظم الناس تقع أطوالهم بين خمسة أو ستة أقدام مع وجود عدد أقل فأقل من الأفراد أكثر أو أقل من هذا الطول المتوسط والناس الذين يقومون عند الطرفين يقال عنهم إنهم منحرفون أو شواذ من الوجهة الإحصائية وهم الأقزام أو العملاقة ويمتضي هذا التحديد الإحصائي يكون لشخص المتوسط سويًا والشخص الذي يبتعد عن المتوسط شاذًا وكل خاصية إنسانية يمكن تحديدها وقيلسها تصلح لهذا النوع من التحليل.

ومن الملاحظات الملحوظة على المصحح الإحصائي :

أ- قد يكون أحد طرفي المنحنى يحمل في طبيعته سمة غير مرغوبة اجتماعيًا فهي المنحني الخاص بالتحديد الإحصائي للذكاء قد يكون من المقول أن نعد أصحاب الدرجات الدنيا شواذ على أساس أن هؤلاء هم المتأخرون عقليًا لكن هذا النموذج نفسه يطلي علينا أن نعد الموهوبين حقلًا شواذًا كذلك مادام يبتعدون عن المتوسط ونفس الشيء يمكن قوله عن النشاط أو غيره من السلوكيات.

ب- ليس من الضروري اعتبار السلوك الذي يجري بصورة مرتفعة إحصائيًا دليلًا على السواء فالاعتدال أصبح شائعًا بين الشباب الأمريكي والأوروبي حتى أصبح بمثابة العامل الثالث للموت ولكن لا يمكن اعتباره سلوكًا صحيحًا على الإطلاق.

ج- قد تلعب الأهواء الشخصية للباحث أو المجرب دورًا في تحديد المدى الذي تعد عده الخاصية أو السلوك لا سوى أو غير صحيح فالبعض يعتبر أن الخاصية أو السلوك اللاسوي هو الذي يقل أو يزيد عن حرفين معيارين عن المتوسط في حين يكتفي البعض الآخر بإضافة تحريف معياري واحد

د- أن المحك الإحصائي لا يميز بدقة بين الأنواع المختلفة للإحتلالات الوظيفية للسلوك فالتشخيص الجسدي على سبيل المثال قد يكون : جنسية متبيلة، استعراضية، سادية، أو غيرها، ولكي نقدم وصفا دقيقا لهذا النوع من الاضطراب علينا أن نقوم بحصر دقيق لهذه الاضطرابات ثم إعداد المنحنى الاعتيادي لكل اضطراب

وهكذا لا يستطيع المحك الإحصائي تحديد ما إذا كان السلوك شاذ لأنه نادر الحدوث أو أنه نادر الحدوث لأنه شاذ، المهم أن كل سلوك لو خاصية نادرة الحدوث هو سلوك شاذ ليس إلا.

الاضطراب العقلي كعلاج سيكوترياً .

ربما بعد تلقي الفرد علاجاً سيكوترياً متخصصاً من أي نوع مؤشراً للاضطراب العقلي لديه، فالتشخيص بعد شاذ إذاً هو الخس العلاج طوعاً أو كرهاً لأن التماسه للعلاج بعد اعترافاً صمياً بوجود مشكلة، كما أن اصطحاب أهله وذويه له كما يحدث في بعض مرضى الذهان دليل على وجود مشكلة تحتاج للعلاج ولكن هناك أيضاً بعض الملاحظات على هذا المحك :

أ- ليس بالضرورة أن يعد مريضاً نفسياً كل من يقرر له الطبيب المتخصص علاجاً نفسياً فهناك بعض الصعوبات التي تحتاج إلى العلاج النفسي مثل مشكلات الزواج ومشكلات رعاية الأطفال وإيجاد معنى وهدف للحياة وكل هذه القضايا لا تعد اضطرابات نفسية بالمعنى الصحيح.

في الماضي لم يكن الناس يرون الطبيب إلا لسبب اعتلال الصحة لكن الاتجاهات الحديثة تشجع الناس على مراجعة الأطباء للتأكد من وجود صحة بدلاً من العمل على استعانتها والوقاية من المرض لا علاجها.

ب- قد تكون استشارة السيكتري بقصد إثبات الحالة العقلية لأمر قصصية وهكذا يرى بهيمنة أن تلقي العلاج ليس دليلاً على الشذوذ بل أن بعض الباحثين يرون أن طبيعة العلاج النفسي وأهدافه تتغير إلى درجة أن العلاج

أصبح يوجه إلى تصنيف القدرة على التعامل مع الآخرين عند الأسوياء من الناس.

الاضطراب العقلي كقصور بيولوجي :

تعريف المرض العقلي بأنه انحراف عن معيار بيولوجي يعني أنه لا يوجد مرض عقلي أو نفسي ما لم تكن هناك مظاهر وأعراض جسمية مصاحبة ولي هذا الانحراف أو القصور البيولوجي يمكن سلبيا على الكفاءة الإنتاجية للعد reproduction ويجب هذا التعريف ما يلي

أ- أن تعريف الاضطراب العقلي كقصور بيولوجي صنفه ضمن السلوكيات التي تتدخل بشكل خطير ومؤثر على الكفاءة الإنتاجية للعد.

ب- هناك عددا من الأمراض العقلية الخطيرة تؤثر سلبيا على الكفاءة الإنتاجية لصحائها (بما في ذلك انفصام والاضطرابات المزاجية والأوجه المختلفة لقصور النمو) في حين أن البعض الآخر لا يعد قصورا بيولوجيا ولا يؤثر على الفئة الإنتاجية مثل بعض صور الانحرافات الجنسية وهو ما هذا ببعض علماء النفس والأطباء النفسيين اليوم إلى عدم اعتبارها اضطرابات نفسية.

المرض العقلي كخطر أو عجز غير متوقع

يعد تعريف المرض العقلي كخطر أو عجز disability يصحب التقبل به هو أمر جذاب ومقبول لأنه يتفق مع تعريفات الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية في إصداره الرابع DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وطبقا لوجهة النظر هذه إذا كان سلوك شخص ما يسبب له مشاعر بالفتور أو الخطر أو العجز لا يستلزم توقعها فإن ذلك يقابل تعريف المرض العقلي " وهذا يعني في جوهره أن الملاحظ يجد نفسه في ضوء ما يعلم عن الأحوال والملازمات عاجز عن أن يجد في تصرفات المريض شيئا

من المعنى أو المطلق، إن الشخص الشاذ يوصف بأنه فقد عقله والمعنى هنا أن العقل حلت محله المنطقية المتلفة أو المبالغ فيها.

ولكن ويكفي قد لاحظ أن العديد من الظروف غير المتوقعة ببساطة يمكن أن تسبب التوتر والعجز ورغم ذلك لا يمكن اعتبارها اضطراباً مثل الجهل والفقر والمرض العصوي وسوء الحظ أو تضرره والتعرض للتمييز في المعاملة سواء أكل ذلك تمييزاً عصبياً لم على حسب الجنس أم الذين لم الميول السياسية لم غيرها ..

المرض العقلي كاختلال وظيفي مؤذي:

اختلف ويكفي تعريف المرض العقلي كقصور وظيفي مؤدى أو صلب Harmful dysfunction وبعد ذلك من أكثر التعريفات السابقة تطبيقاً مع تعريفات المرض العقلي في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (الإصدار الرابع) DSM IV .

ومن المأخذ التي يمكن إدراكها في هذا التعريف وتعد بمثابة أوجه قصور فيه ما يلي

١- أن مفهوم الأذى أو الضرر أمر تقديري أو نسبي وليس مطلق في صوره المعايير الاجتماعية بما بعد سلوكه مؤدى أو صلب في مجتمع قد لا يعد كذلك في مجتمع آخر. فبعض المجتمع ترى أن السلوك الجنسي قبل الزواج واستخدام المخدرات وبعض التصرفات المضادة للمجتمع قد تكون مودية في حين تراها مجتمعات أخرى ضارة.

ب. الجانب الآخر للقصور في هذا التعريف هو المصطلح الثاني "القصور الوظيفي" الذي اعتبره ويكفي مصطلح علمي يشير إلى مثل ميكاناتنا العقلية (والمسئولة عن فعالياتنا ومعرفتنا بداننا) في القيام بالإجراءات الوظيفية التي قامت من أجلها

ج- وبشكل عام فقد وضع ويكفيل هذا التعريف على رأس التريفات السابقة من حيث الثقة والنعم لأنه يشترط الثقة العلمية ويضع المعايير الاجتماعية في الاعتبار.

د- ونظرا لصعوبة وتعقد الحكم على السلوك فإن معظم المجتمعات الحديثة تعتمد على المتخصصين في الصحة النفسية في التعبير بين المرضى النفسيين وكل من السلوكيات غريبة الأطوار والانحراف عن الثقافة وما بعد انحرافا عن سبط الحياة كما يتخذون في أحكامهم الإكلينيكية قرارات علمية مثل مدى حاجة هذا الفرد إلى علاج نفسي أو طب نفسي وما الذي يجب أن يتصممه وما الذي يجب أن يتم بالنسبة له .

النظريات النفسية لسببات المرض النفسي

يمكن للتعبير البيئي أن يشتمل على طائفة معينة من التأثيرات اعتمادا على كمية إدراكه وتصوره. وقد عرف الانصباب stress بمصطلحات بيئية على أنه " المطالب التوافقية للمقااة على عتق المرء للانضطالاع بها، أي مشكلات المعونة التي يتعمت عليه الكفاح والتفعلل معها بنجاح إذا كان له أن يواجه حلقاته.

ولكن عندما نكمل ونناقش كل العوامل التي تحدد شدة الانصباب والمتغيرات التي تحدد الموقف المصيب فقد تم التأكيد على أهمية الأسلوب الذي يدرك به الفرد بيئته ويقومها.

إن التأكيد على أسلوب تأكيد الفرد لبيئته وتقييمها بدلا من التأكيد على البيئة ذاتها بعد سمة مميزة لوجهة النظر النفسية الدقية. وأن المتأمل لوجهة النظر تلك سيجد تباينات عدة في عرضها بل في المصطلحات المستعملة للتعبير عنها ووصفها، فقد وصفت بأنها نفسية دلالية أو نصية دينامية (متعلقة بالدافع) أو نصية تطيلية أو فيزيو مينولوجية (مهمة بوصف الظواهر) أو

فلسفية لوجودية. الخ وبعض المعتقدات لوجهة النظر النفسية الذاتية قد أجروا تحليلاً مفصلاً للمحتوى العقلي والعمليات العقلية مستعدين في الغالب بمفاهيم ونماذج مستعارة من علم الأحياء وعلم الاجتماع.

وبينما اهتم آخرون بالعمليات العقلية في نطاق ضيق جداً كالتفكير على عمليات الإدراك والتفكير دون غيرهما من العمليات فإن كثيراً من مؤيدي وجهة النظر هذه قد سلموا بوجود عملية تنبؤية فلسفية تدعى الانا the ego أو الذات self وكلما قل تحليلهم وتحديدهم لجوانب أخرى من المحتوى العقلي وزاد وعظم ميلهم إلى الجمع - علي نحو صممي لو مريح بين تلك العملية الأساسية ومفهوم الإرادة الحرة free will ولكنهم جميعاً قد اشتركوا في التأكيد على التركيبات العقلية بوصفها محدثات للسلوك.

أولاً النظريات النفسية ذات التوجه البيولوجي

١- سيجموند فرويد .

ولد سيجموند فرويد في عام ١٨٥٦ من فوبرين يهوديين في مدينة هرايرج بمورافيا التي كانت تعرف باسم بنشيكوسلوفاكيا. وهي من الرابعة أنقل مع أسرته إلى مدينة فيينا حيث نشأ ودرس الطب في جامعتها.

وقد اهتم فرويد اهتماماً خاصاً بالأبحاث الفسيولوجية والتشريحية المنطقة بالجهاز العصبي. واشتغل وهو لا يزال طالباً في معمل إرنست بروك B.Bruck الفسيولوجي، وقام بعدة أبحاث في تشريح الجهاز العصبي. وفي عام ١٨٨١ حصل على الدكتوراة في الطب، وعين مساعداً لإرنست بروك في معمله وفي عام ١٨٨٢ انتقل طبيباً في المستشفى الرئيسي بفيينا وشغل بعض الأبحاث الهامة في تشريح الجهاز العصبي وفي الأمراض العصبية، مما لفت إليه الأنظار. وفي عام ١٨٨٥ عين محاضراً في علم أمراض الجهاز العصبي.

ونشأت في تلك الفترة صداقة بين فرويد وجوزيف بورير Joseph Breuer أحد أطباء فيينا المشهورين. وقد تأثر فرويد به تأثراً كبيراً. وقد كان

بروير يستعمل الإيحاء التتويمي في معالجة مرضاه. ولكتشف أثناء علاجه لعتاة مصابة بالهستيريا أن المريضة ذكرت أثناء نومها حوادث ماضية لم تستطع تذكرها أثناء اليقظة. ورأى بروير أن ذكر المريضة لهذه الحوادث والتجارب الشخصية القديمة، والإقصاء بالعواطف والانعطالات المتعلقة بها والتي كانت من قبل مكبوتة، كل له أثر كبير في شفاء المريضة. وقد سمي بروير فيما بعد هذه الطريقة في العلاج "بطريقة التفرغ" Cathartic Method. وذكر بروير لفرويد قصة علاجه لتلك الفتاة، فأعجب فرويد بطرفتها وبجلجتها في شفاء المريضة، ولكنه لم يطلق عليها في ذلك الوقت أهمية كبيرة.

وفي عام ١٨٨٥ رحل فرويد إلى باريس للدراسة في جامعة سالبرير حيث كان شاركو يقوم بأبحاثه في الهستيريا. وشاهد فرويد بنفسه بعض هذه الأبحاث التي أثبتت إمكان إحداث أعراض الهستيريا بالإيحاء التتويمي، وإمكان إزالتها بالإيحاء أيضاً. وقد لكت هذه التجارب للتشابه القائم بين الهستيريا التي تحدث ص الإيحاء وبين الهستيريا التي تُشاهد بين المرضى. ثم عاد فرويد إلى فيينا عام ١٨٨٦، واشتغل طبيباً حليماً مع استمراره في وظيفته التدريسية، ولأخذ فرويد في تطبيق ما تعلمه من شاركو، وحاول إقناع أطباء فيينا بإمكانه إحداث الهستيريا بالإيحاء التتويمي، فتويع بمعارضة شديدة. غير أن فرويد استمر في مواصلة بحثه الطبي كطبيب خاص يعالج مرضاه بواسطة الإيحاء التتويمي، ولم يلبث فرويد طويلاً حتى قصصت له بعض العيوب في منه التتويمي، إذ تبين له أنه لا يستطيع أن ينوم بعض مرضاه. وقد جعله ذلك يشعر بأنه لا زال في حاجة إلى تحسين منه التتويمي، فسافر في عام ١٨٨٩ إلى مدينة لقسى بروسيا، وقضى فيها عدة أسابيع في اتصال بالطبيبين ليوبالت Liebuall وبرهلم Bernhiem.

ولما عاد فرويد بعد ذلك إلى فيينا جدد اتصاله بجوزيف بروير، واشتركاً معاً في مواصلة البحث العلمي في أسباب الهستيريا وطرق علاجها، وقد نشر معاً في عام ١٨٩٣ بحثاً في "المراحل النفسية للهستيريا"، وفي عام

١٨٩٥ نشر كتاب "در اسان في الهستيريا"، ويعتبر هذا الكتاب الأخير نقطة تحول هامة في تاريخ علاج الأمراض العقلية والنفسية، فقد احتوى على البذور الأولى التي نمت منها فيما بعد نظرية التحليل النفسي. وقد أشار المولعل في هذا الكتاب إلى أهمية السور الذي تلعبه الحياة العاطفية في المسحة العقلية الشعورية وبين الحالات العقلية للشعورية، ودها إلى أن الأعراض الهستيرية تنشأ عن كبت الميول والرغبات، فتتحول تحت تأثير هذا الكبت عن طريقها الطبيعي، وتتخذ لها مسدا عن طرق شادة غير طبيعية هي الأعراض الهستيرية، وشرح المولعل "طريقة للتقريع" وبينها قيمتها لعلاجية في شفاء الهستيريا، وتتلخص هذه الطريقة في حث المريض أثناء التتويم المغناطيسي على تذكر الحوادث والخبرات الشخصية الماضية، وعلى "التنفيس" abreaction عن العواطف والاتعمالات المكبوتة ولذلك سميت هذه الطريقة في العلاج بطريقة التقريع، ويرجع الفصل هها جاء في الكتاب من آراء جديدة إلى فرويد، كما اعترف بذلك فرويد نفسه وقد ساعدت ملاحظات فرويد وتجاربه الحديثة على تأكيد آراء فرويد وثبات صحتها

ثم أخذت آراء فرويد تختلف عن آراء فرويد، فنب بينهما الخلاف، وانقطعت بينهما الصلة، وحدث أول خلاف بينهما حينما حاولا تفسير العوامل النفسية المسببة للهستيريا بانقطاع الصلة بين حالات النفس الشعورية، وأسر الأعراض الهستيرية بحالات شبه تنويمية ينفذ أثرها إلى الشعور، أما فرويد فقد كان يرى أن التحلل العقلي يحدث نتيجة سراع الميول وتصادم الرغبات واعتبر الأراض الهستيرية أعراضاً دفاعية نشبت تحت ضغط النوازع المكبوتة في اللاشعور التي تحاول التنفيس عن نفسها بشئى الطرق ولما كان ظهور هذه النوازع المكبوتة في الشعور أمراً غير مقبول للنفس، فإنها تحاول التنفيس عن نفسها بطرق غير طبيعية هي الأعراض الهستيرية وحدث الخلاف لأنني بين فرويد وفرويد حينما أحت فرويد يعتبر التحرير الجنسية

السبب الأول في حدوث الهستيريا، ولم يوافق فرويد على هذا الرأي، وعارض فرويد فيه، كما عارض في ذلك جمهور الأطباء في عصره.

ومنذ ذلك الوقت لحد فرويد يواصل أبحاثه منفرد في عزم لا يلين، وفي ثبات لم ترعرعه هجمات خصمه وبدأت تكتف له ملاحظاته وأبحاثه عن الدور الذي تلعبه العزيرة الجنسية في مرض الهستيريا، وقد دفعه ذلك إلى توسيع دائرة بحثه، فأحد بنى الأنواع الأخرى من الأمراض العصبية، ويبحث عن علاقة العزيرة الجنسية بها، وقد أدت أبحاثه إلى اقتناعه بأن اضطراب العزيرة الجنسية هي القلة الرئيسية في جميع هذه الأمراض.

كأن فرويد حتى الآن يستخدم "طريقة التزويج" أثناء التنويم، وهي الطريقة التي اكتشفها فرويد، ثم لحد فرويد يعطى إلى ما في التنويم من عيوب، رأى أن بعض المرضى لا يمكن تنويمهم، كما رأى أيضاً أن الشفاء الذي ينتج عن التنويم كان مقصوراً فقط على إزالة الأعراض المرضية، ولم يتناول المثل الرئيسية التي تنتج عنها هذه الأعراض، كما أن الشفاء كان وقتياً فقط لا يلبث أن يبرول إلى الظهور مرة أخرى، ورأى فرويد أيضاً أن نجاح العلاج يتوقف على استمرار العلاقة بين المريض وطبيب، ودعاه ذلك إلى أن يعطى إلى أهمية الدور الذي تلعبه العلاقة الإنسانية في العلاج، ولم تكن العلاقة الإنسانية تظهر بوصف أثناء التنويم المحاطيسي.

لكل هذه الاعتبارات رأى فرويد أن يعمل عن استخدام التنويم، وبدأ بحث مرضاه عن طريق الإيحاء وهم في حالة اليقظة على تذكر الحوادث والتجارب الشخصية الماضية.

ثم ظهرت لفرويد - فيما بعد - عيوب هذه الطريقة أيضاً، فقد وجد أنه لا يستطيع دائماً باستخدام الإيحاء وحده دفع مرضاه إلى تذكر الحوادث والتجارب الشخصية الماضية التي سببت مرضهم هذا فضلاً عما في هذه الطريقة من مشقة وإرهاق لكل من الطبيب والمريض، رأى فرويد أن يعمل عن هذه الطريقة وبدأ يطلب فقط من مرضاه أن يلقوا العمل لأفكارهم

تم إرسال من تلقاء نفسها دون قيد أو شرط، وطلب منهم أن يعوها بكل ما يحظر ببلهم أثناء ذلك من الأفكار وتكريرات ومشاعر دون إخفاء أي شيء عنها مهما كان تلقاها أو مسجبا أو مؤلما، وتعرف هذه الطريقة التي ابتكرها فرويد بطريقة "التداعي الحر" Free Association.

وباستخدام التداعي الحر بدأت تتكشف ألمان فرويد حقائق هامة لم يكن من المستطاع الاهتداء إليها من قبل حينما كان العلاج يتم فقط أثناء التتويم. ابتدأت تتصح لفرويد الأسباب التي تجعل تكرر بعض الحوادث والتجارب الشخصية العاصية أمرا صعبا. فقد رأى أن معظم هذه التجارب مؤلم أو مشين للنفس. وهكذا بدأ لفرويد أن سبب نفسياتها هو كونها مؤلما أو مشينة، ولهذا السبب كانت إبعادتها إلى الذاكرة أمرا شاقا يحتاج إلى مجهود كبير للتغلب على المقاومة Resistance الشديدة التي كانت دائما تقف ضد ظهور هذه الذكريات في الشعور The conscious. ومن هذه الملاحظات كون فرويد نظريته الهامة في الكبت Repression التي قال عنها إنها الحجر الأساسي الذي يعتمد عليه بناء التحليل النفسي وأهم جزء منه.

وذهب فرويد إلى أن الكبت يحدث في الأصل عن الصراع بين رغبتين متضادتين، وذكر نوعين من الصراع بين الرغبتين، ويحدث أحدهما في دائرة الشعور، وينتهي بحكم النفس في صالح إحدى الرغبتين والتخلي عن الأخرى، وهذا هو الحل المأمور للصراع الذي يقع بين الرغبتين المتضادة، ولا ينتج عنه ضرر للنفس، وإنما يقع الضرر من النوع الثاني، من الصراع الذي تلجأ فيه النفس بمجرد حدوث الصراع إلى صد إحدى الرغبتين عن الشعور وكتبتها دون إعمال الفكر في هذا الصراع وإصدار حكمها فيه، وينتج عن ذلك أن تبدأ الرغبة المكبوتة حياة جديدة شاذة في "الشعور" The Unconscious وتبقى هناك، محتفظة بطاقتها الحيوية، وتظل تبحث عن مخرج لتتلاقط طاقتها المحبوسة، فتجد في الأعراض المرضية التي تنتاب العصبيين، وعلى سوء هذا التفكير رأى فرويد أن مهمة الطبيب النفسي ليست هي دفع المريض إلى

"التفريع" و "التفريس" عن الرغبات المكتوبة كما كان يفعل فرويد وفرويد من قبل، بل هي الكشف عن الرغبات المكتوبة لإعانتها مرة أخرى إلى دائرة الشعور لكي يواجه المريض من جديد هذا الصراع الذي فشل في حله سابقاً، فيعمل الآن على حله بإصدار حكمه فيه تحت إرشاد الطبيب النفسي وتشجيعه، هي إحلال الحكم العقلي محل الكبت اللاشعوري، ومنذ ذلك الوقت أخذ فرويد يسمى طريقته في العلاج بالتحليل النفسي.

قصي فرويد عشر سنوات (١٨٩٦-١٩٠٦) منذ انفصال فرويد عنه يعمل منعزداً في جمع ملاحظاته، ومواصلة أبحاثه، وتكوين نظريته، في وقت حرمته المجتمعات العلمية كل تشجيع وتأييد. ثم ابتدأت الأمور تتبدل ابتداء من عام ١٩٠٢ حينما التف حول له لأول مرة دهر قليل من شباب الأطباء المعجبين بنظريته الجديدة بقصد تعلم مبادئه ولكتساب الخبرة فيها، ثم أخذ عددهم يزداد رويداً رويداً، وبدأ يصمم إليهم أفلا من غير الأطباء من أهل الأنثى والعقول.

ثم أحدث المعرفة بالنظرية الجديدة انتشار بين الأطباء في كثير من البلاد، وخاصة في سويسرا حيث اكتسبت الحركة الجديدة صداقة لوجين بلولر Eugene Bleuler مشرب على معهد الأمراض العقلية بالمستشفى العام بمدينة زيورخ، ويوج Jung، أحد مساعدي بلولر. وفي عام ١٩٠٨ عقد أول مؤتمر للتحليل النفسي بمدينة زيورخ بدعوة من يوج حيث تقرر إصدار مجلة للتحليل النفسي تحت إدارة فرويد وبلولر، وأسندت رئاسة التحرير إلى يوج. وكان ذلك بدء صفحة جديدة في تاريخ حركة التحليل النفسي.

وفي عام ١٩٠٩ دعت جامعة كلارك بالولايات المتحدة الأمريكية فرويد ويوج للاشتراك في احتفال الجامعة بمناسبة مرور عشرين عاماً على تسميتها فاستقبل فرويد وزميله في لاهر انسيا الجديدة استقبالا رفيعاً وقوبلت محاضرات فرويد الحماس والمحاضرات الثلاث لقاها يوج بجامعة كلارك مقابلته حسنة

وفي عام ١٩١٠ عقد المؤتمر الثاني التحليل النفسي في مدينة نورمبرج حيث تم تليف "جمعية التحليل النفسي الدولية"، وبقرار ذلك المؤتمر إصدار نشرة دورية تكون رابطة الاتصال بين الجمعية الرسمية وبين فروعها الأخرى في برلين برئاسة أبراهام Abraham ، وفي زيورخ برئاسة يونج، وفي نيويورك برئاسة ألفرد ألدر Alfred Adler، وبعد ذلك أصدر لدر وشتيكل Stekel مجلة ثانية للتحليل النفسي في فيينا.

ثم توالى بعد ذلك مؤتمرات جمعية التحليل النفسي، وتكونت لها فروع في معظم الأنظار العربية، ولأخذت تعاليم التحليل النفسي في الانتشار وبدأت تجلب إليها كثيراً من الأصقاء والأتباع. لا من رجال الطب فقط بل من رجال العلوم والفنون المختلفة أيضاً.

٢- هنري موراي Henry A. Murray

- ١- ولد موراي في مدينة نيويورك سنة ١٨٩٣م، تميز بالحنق الشديد في علم الحياة وفي الممارسة الإكلينيكية وفي علم النفس الأكاديمي.
- ٢- اصطلاح علم الشخصية أدخله موراي للتعبير عن الفرد في جميع تحقيقاته حيث أكد باستمرار الطبيعة العنصرية للسلوك موصفاً أنه لا يمكن فهم جزء منفرد منه في عزله عن بقية الشخص القائم به.
- ٣- بصر على أنه ينبغي أن يكتمل فهم وتحليل المحتوى البيني للسلوك قبل أن يصبح في الإمكان التوصل إلى تفسير مناسب لسلوك الفرد. ولقد تم بتحديد مجموعة محكمة من المفاهيم يحرص إظهار تلك القوى البينية.
- ٤- يشارك موراي مدرسة التحليل النفسي في أهمية ماضي الفرد وفي الغرائز في الأحداث التي تقع في بداية العمر وفي الطعنة تعتبر محدثات حاسمة لسلوك الراشد وكذلك يشاركها في أهمية الدوافع اللاشعورية هذا إضافة إلى اهتمامه بحاضر الفرد وبيئته وتقارير الفرد اللطيفة لأدائية أو الحرة والتي تتضمن تخيلاتته

٥- تتميز نظرية موراي في معالجتها الشديدة للدافعية بدقة وهي تأكيدها المستمر على أن العمليات البيولوجية التي تصاحب جميع العمليات النفسية إنما توجد معها في ذات الوقت وترتبط بها وظيفياً

بناء الشخصية عند موراي:

١- تأثرت أفكار موراي تأثراً كبيراً بنظرية التحليل النفسي إلا أنها تتميز في كثير من جوانبها بالوضوح أكثر مما عليه من وجهة النظر الفرويدية التقليدية.

٢- تعريف للشخصية: (الشخصية هي الجهاز المسيطر على الجسم وهي المؤسسة التي تظل تعمل دون توقف منذ الميلاد حتى الموت في عمليات تحويلية وظيفية).

٣- ويعرفها بيولوجياً على أنها (القسم المسيطر أو جهاز التنظيم الطوي للجسم، وهي بذلك تستقر في المسح، بحيث أنه بدون المسح لا يوجد شخصية).

٤- أظهر موراي اهتماماً خاصاً ومطرداً بالقدر والافتقار واعتبر هاتين الصفتين جزءاً هاماً من الشخصية. ويتضح هذا أن تقييم الأفراد لدى موراي يتم في مجالات مختلفة متنوعة من القدرة والافتقار. بديهة وميكانيكية وقيادية واجتماعية واقتصادية وشهوية وفكرية

٥- استعار موراي اصطلاحات مدرسة التحليل النفسي في عرصه لأبنية للشخصية مع إحاطها لبعض العوامل الخاصة والمميزة في تطويره لذلك للمعاهيم:

• **الهُو** - يتفق مع فرويد في أنه مستودعاً للدفعات البدائية غير المقبولة فيه يوجد أصل الطاقة ومصدر كل الدوافع العنصرية والدات غير المبصرة وغير المطبوعة اجتماعياً ويصعب على أنه يضم أيضاً دفعات تطبي بقبول من الذات ومن المجتمع فالهُو عند موراي ليس شريراً ومعادياً للمجتمع تماماً

• **الأنثا:** يرى أنه بمثابة العمل المركزي لتنظيم وتكامل السلوك ويهدف جزء من هذا التنظيم على أي حال إلى تيسير أو تشجيع التعبير عن دقات معينة في الهوى، ويضيف موراي أن الأنثا يرتب ويصنع المحطات ويسطر على الطريقة التي يجب أن تظهر بها الدوافع الأخرى، ويرى أن قوة وفعالية الأنثا محدد هام لتوافق الفرد.

• **الأنثا الأعلى:** كما هو في مدرسة التطويل النفسي عبارة عن غرس حصاري يمثلها الولدان لفصل تمثيل، ويضيف موراي أن لجماعات الأقران والشخصيات الهامة والأدبية والأسطورية لها دور في نمو الأنثا الأعلى وتصل كل هذه المصادر بوصفها مصدر للتواب والعقاب طبقاً لمدى اتفاق فعل الفرد مع هذه المعايير.

• **ويرتبط الأنثا المتأني:** ارتباطاً وثيقاً بالأنثا الأعلى على حسب مفهوم موراي، ويرى أيضاً أنه قد ينفصل تماماً عنه. ويربط موراي الأنثا الأعلى بالأنثا المتأني يكفل مدى للتميز والتطور في السنوات التالية للطفولة أكبر مما تكفله نظرة التطويل النفسي التقليدية

ديناميكيات الشخصية:

- ١- يؤكد على كساح الإنسان وسعيه ورغبته ومطالبه وإرادته. فهو بهذا يركز على العملية الدافعية، والفرزعة الموجهة للإنسان هي المفتاح إلى فهم السلوك البشري.
- ٢- يصور موراي بحالت علماء النفس الآخرين على أن الفهم الملائم للدافع البشري يجب أن يعتمد على نظام يستخدم عدداً كبيراً وكالها من المتغيرات حتى يمكن التحديد الهائل للدوافع البشرية في صورتها الفجة.
- ٣- لنهم نظرية موراي هي الدافعية لأبد من فهم تعريفاته لكل من الحاجة والضغط والتحفيز منه التوتر ووحدة الموضوع.

- ٤- الحاجة مركب أو تكوين فرضي يمثل قوة في منطقة المح، قوة تنظم الإدراك والفتهم والحقق والدروع والفعل بحيث تحول الموقف للقائم غير المشيع في اتجاه معين.
- ٥- تستلزم الحاجات بطريقتين إما دلخيا أو خارجيا وهي كلتا الحالتين تؤدي الحجة إلى نشاط من جلب الكائن ويمتد تلك النشاط حتى يتغير موقف الكائن أو البيئة حيث نقل الحاجة.
- ٦- يرى أنه يمكن الاستدلال على وجود الحاجة على أساس أثر السلوك أو نتيجة النهائية، والسط أو الأسلوب الخاص للسلوك المتضمن والانتباه الانتقائي والتعبير عن قفعل أو وجدان والتعبير عن الإشباع.
- ٧- حدد موراي عدد من الحاجات هي:

- التقدير.
- الإنجاز.
- الانتماء.
- العدوى.
- الاستقلال الذاتي.
- المصادة.
- الدفاعية.
- الانتقاد.
- السيطرة.
- العرض.
- تجيب الأذى.
- تجيب المنلة.
- العطف على الآخر.
- النظام.
- اللعب.
- البند.

• الإحصائية

• الجنس.

• العطف على الآخر.

• الفهم.

٨- كما حدد قنباط للحجرات هي:

• الحاجات الأولية والحاجات الثانوية.

• الحاجات الظاهرة والحاجات الباطنة

• الحاجات المتمركزة والحاجات المنتشرة.

• حاجات الأداء

• حاجات الرفع.

• حاجات الكمال

٩- يقول موراي أن الحاجات لا تعمل كل منها في عزلة تامة عن الأخرى

وبوافق أنه يوجد تدرج معين للحاجات تأخذ فيه بزغت أسبقية على

أخرى، حيث يستخدم مفهوم أولوية القوة للدلالة على الحاجات التي

تصبح سائدة في إلحاح كبير إذا لم تشبع.

١٠- الضغط عند موراي صفة أو خاصية لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو

تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين. ولقد قدم قوائم مختلفة وكثيرة

للمضغوط التي يمكن أن يتعرض لها الفرد مثل.

• ضغط نقص التأييد الأمري.

• ضغط الأخطار والكوارث.

• ضغط النقص أو الصياح.

• ضغط الاحتجاز، الموضوعات الكابحة.

• ضغط النبذ وعدم الاهتمام والاحترار.

• ضغط الخصوم والأقران المتنافسين

• ضغط ولادة أشقاء

• ضغط الحزن.

• ضغط السيطرة والقصر والمنع.

• ضغط الملقف على الآخر.

• ضغط الملقف من الآخر.

• ضغط الاتقياد والمدح والتقدير.

• ضغط الانتماء والصدقات

• ضغط الجنس.

• ضغط المخالطة والغداغ.

• ضغط الدونية

١١- مير بين نوعين من الصعوط المتصلة بموضوعات البيئة وهي:

• صعوط بيننا: دلالة الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد

• صعوط لفا: حصائص تلك الموضوعات كما توجد في الواقع.

١٢- تبني موراي المصطلح الفرويدي (الشحنة الاتعمالية) وذلك للدلالة على

قدرة موضوع يبني على لامتدب الفرد لو صده عندما يجذب الفرد أو

يمحب موضوع معين، فالشحنة هنا إيجابية، لما إذا كان الموضوع يستثير

لكراهية والتجذب فتكون الشحنة سلبية.

نمو الشخصية.

١- تأثر موراي بمفهوم التحليل النفسي بأبعاد جديدة في استخدامه لتلك

المفاهيم ولعل أهمها:

المركبات الطفلية:

توجد خمس حالات أو نشاطات شديدة الإمتاع وكل منها ينهي أو يحبط أو

يحدد عدد نقطة معينة من النمو بواسطة قوى خارجية

• الوجود الأمن المبني المعتمد داخل الرحم وينتهي بالولادة.

• الاستمتاع النفسي بالمتصلص التخيية الجيدة من صدر الأم في أم

واعتماد بين ذراعها وينتهي بالمعلم.

• الاستمتاع بالصي بلا قيود بالأحاديث السارة المصاحبة للتبرز ويقدها
تدريبات النطقة

• الانطباعات الحسية السارة المصاحبة للتبول.

• الآثارات الأخادة التي يبعثها العبت بالأعضاء التناسلية وتمنمه
التهديدات الخارجية بالمقلب

٢- كما قدم موراي بالإضافة إلى ذلك خمسة مركبات أخرى وقدم لها
مواصفات عامة هي: الصومعي والقمي والشرجي والتبولي والخصائي،
ويمثل كل منها إنتاج وقائع تتضمن أحد مجالات الحبرات السارة الخمس
التي سبق تعديدها.

٣- حدد موراي بعض العوامل الأخرى والتي لها دور مهم في نمو الشخصية
من وجهة نظره مثل:

• المحددات الاجتماعية الحسارية.

• الفرد.

• العمليات اللاشعورية.

• عملية التنشئة الاجتماعية.

٤- من أهم إبداعات موراي ابتكاره لأدوات جديدة هي قياس الشخصية وهي
أدوات لا تقيد متغيرات الاستجابة لدى المفروض باستخدام العات المحددة
مسبقاً، بل أنها أسبل إلى أن تسمح بالمعرض الكامل والداتي من قبل
المفروض.

٥- مير موراي بين نمطين مختلفين ورئيسيين من الإسقاط:

• إسقاط تكميلي. ميل المفروض إلى إدراك بينته أو فهمها بطريقة
تجعلها تتفق مع حاجاته وعواطفه وبعقله أو تبررها.

• إسقاط إلحاقى: يخلع المفهوم على الموضوعات أو الأشخاص في البيئة السمعات التي يمتلكها هو والتي تكون في العادة غير مقبولة لديه.

٢- كارل جوستاف يونج:

هو علم النفس بطريقة كارل جوستاف يونج لو ما يطلق عليه علم النفس التركيبى.

وتقوم نظرية يونج النفسية على نظرية فرويد النفسية إلا أنه أعطاهم أبعاد ومفاهيم مختلفة فضلاً:

مفهوم اللاشعور:

الذي تقوم عليه نظريات التحليل النفسي لا يقصد به يونج ما قصده فرويد لقد قسمه إلى:

١- لا شعور شخصى: يضم خبرات الفرد لذاتية.

٢- لا شعور جمعى: يضم خبرات المجتمع عامة وكل ميراث المنف.

الخاصى الطفولى عند يونج يضع السلوك الحاضر كواقع ويوجه سلوكه في المستقبل كما كان، فيونج يرى في الخبرات الطفولية المكونة في اللاشعور محرك قوي للإبداع عند الفرد، ولم يكتب بذلك وحسب بل دعى إلى ضرورة النظر إلى المستقبل، لمستقبل الفرد ومقاصده عند يونج لها أهمية كبيرة في توجيه سلوكه كأهمية الماضى تماماً، فالسمة البارزة في نظرية يونج هي جمعه بين الغائية والطينة وقد عبر يونج بجملة " إن الإنسان تحركه الأهداف بفكر ما تحركه الأسباب".

أهم المبادئ التي تقوم عليها نظرية يونج:

١- مبدأ التطلية:

اكتنع يونج أن العالم بأسره قد وجد بسبب التمازج القائم بين الأشياء فهناك دائماً تمازج، وهذا التمازج يستدعى الصراع، والحياة بدون صراع

لا تصالو شيئا، فالصراع هو المادة الخام الأساسية للحياة، وهو الذي يدفع للأمام، فالحياة والحركة وتجوير الأوضاع ممكنة فقط تحت ظروف الضغط والرغبة في إزافته عن طريق القوة المصادقة، وهي التي تجعل الشيء الأصلي يتحرك في صورة عمل. فكل شيء له مقابل " حياة / لا حياة " ، " شعور / لا شعور " ، " صحتك / بكاك " .

يقترح بويج أن هذه التعارضات ينتج عنها نهاية موعودة للقصة بحدوث حالة توازن بين هذه القوى حتى لو كان قصر الأمد ولكنه دليل على حدوث تقدم.

أساليب التعميش لحل التعارضات في مهلة القطبية:

١- التعميش ٢- الاتحاد ٣- التعارض.

١- التعميش:

أ- عندما تشعر الشخصية بأنها في حالة صراع نتيجة عجزها عن تحقيق هدف مرغوب فيه فبها تبحث لنفسها عن أهداف أخرى لها نص الجاذبية ويترتب على تحقيقها إزالة هذا الصراع.

ب - لا يكون للعمل الرمزي نفس قوة الفعل المادي وأهميته في عملية التعميش كالحلم مثلا بتحقيق شيء ما والسيطرة عليه، ورغم أهمية الحلم كظاهرة ملوكية في نظر بويج إلا أنه ليس فعلا تعويصيا حقيقيا.

ج - يظهر التعميش بين الاتجاهات والوظائف المختلفة للشخصية. فقد يظهر التعميش بين الخطوات والانسلاط فإذا كل الخطوات هو السائد في الأنا الشعوري، فإن اللاشعور يقوم بعملية تعويصية ويقوى الانسلاط المكبوت، وبدا كل الشخص على المستوى الواعي من النوع الفكري الوجداني، فعلى مستوى اللاشعور يكون من النوع الحسي الحسي.

الاتحاد

أ- فقد نتحد قوتين مثلا للبحث عن حل مناسب لكليهما، ويجبر عن ذلك بالمثل " أنا وأخي على ابن عمي وأنا وابن عمي على الغريب "، أي عندما

يسود الاتحاد بين قوتين متعارضتين تستغند الطاقة المكونة في قوة ثالثة على سبيل المثال (اتحاد دولتين متصارعتين لمواجهة دولة أخرى تهدد كليهما).

النتائج:

ب - يُمثل بمثال التلميذين اللذين يتنافسان من أجل الحصول على أعلى تقدير في الامتحان ويؤدي الصراع بينهما إلى حيز كل منهما على العمل وأن يصل إلى ما وراء مجرد التنافس على الدرجة ألا وهو التعلم.

يرتبط مبدأ الطبيعة بمبدأين آخرين هما:

١- مبدأ التعادل. ٢- مبدأ الانتقال.

أ- مبدأ التعادل.

مستمد من الطبيعة ويسمى بمبدأ حفظ الطاقة الحاملة التي تستخدم لتغيير حالة شيء ما لا تختفي، ولكن سوف تعود إلى الظهور بصورة أخرى في شيء آخر، ومن هذا المبدأ يقول يوج أنه إذا ضعت قيمة معينة أو اختفت في مجموع القوى الذي تمثله القيمة لن تجد لها النص، وإنما تعود إلى الظهور مرة أخرى في قيمة جديدة، فالحفاظ قيمة ما يعنى بالضرورة ارتفاع قيمة أخرى.

وعندما تكبت الرغبة في التعبير عن القيمة الجديدة، تصدر الحياة الرمزية للإنسان والتي من خلالها يحلم الفرد أو يوجه أنشطته في الخيال نحو هدف مرغوب فيه، فالطاقة المحفوظة يمد توجيهها نحو الشيء المرغوب فيه من خلال عالم الحلم سواء كانت أحلام يوم لم أحلم بقطعة لدرجة أنه قال (إن الإنسان قد يرى بالحلم طريقه الذي يسلكه بحي حل صراعه).

ب- مبدأ الانتقال.

هذا المبدأ اللغوي المستمد من الطبيعة وهو يقرر أنه عندما يوصل جسمين مختلفين بدرجة حرارتهما ببعضهما البعض فإن الحرارة تنتقل من الجسم الأعلى حرارة إلى الجسم الأقل حرارة، المهم في ذلك أن يكون الصصال من نفس النوع أو العنصر كالإنسان والإنسان والمعدن، فعندما يتصل الجسمان

على الجسم الأعلى شحنة وقد يصح من شحنته إلى أن يتسوى الجسم بالنسبة للحصائص المتبادلة، والحالة التي تنتج من ذلك هي قد الطاقة عندما يحدث التوازن بين الجسمين.

ولكن هذا ينطبق على الأنظمة المغلقة لا على الشخصية لذا ان تصل الشخصية إلى حالة توازن بين شخصين، لكن كلما اقترب الإنسان لهذا التوازن بالتوافق بينه وبين الآخر في الصفات كلما اقترب للطمانينة والأمن.

وفي ضوء مبدأ القطبية ومبدأي التعادل والانتقال يفسر يونج كثير من النظم التي تظهر واسعة في الشخصية فعنده (الشعور ضد اللاشعور، الأنثى ضد الذكورة، اللطيفة ضد القوية، الإعلاء ضد الكبت، التقدم ضد التكمين، الانسلاط ضد الانطواء) وهكذا.

٢. مبدأ تحقيق الذات:

الهدف الأساسي من نمو شخصية الفرد هي تحقيق ذاته وقد كان يونج من النوع المتفائل ووجد أن مستقبل الإنسان أفضل من الماضي فالإنسان يعمل في مجموع لتحقيق السعادة ولكنه يعمل وينمو بشخصية فردية " مفهوم الفرد عند يونج "

مكونات الشخصية عند يونج:

(الإنسان - الذات - الشعور - اللاشعور بشقيه " فردي وجمعي " - القناع - الاتجاهات " انسلط واطواء " - الظل - الأنثى والذكورة).

الأنثى

الأنثى تشمل فقط العقلية الشعورية للإنسان " هي العقل الواعي في صفة الإنسان بالواقع وهو مسئول عن العمليات الشعورية كال تفكير والإدراك والإحساس والفهم والتوحد.

من خلال الأنثى يعرف الإنسان نفسه وهو حير ما يعرفه الإنسان من مكونات شخصيته فهو الذي يوقظه ويديه ويذكره بالأشياء التي يجب عليه القيام بها وكذلك يتحد له القرارات الهامة في حياته اليومية.

الأنا يوجد في مركز العالم الشعوري ولكنه قد يحل في صراع مع العالم للشعوري مثلاً الشخص الذي يعيش على مستوى الأنا الشعوري يصيب جداً لفكرة أنه بدلا لا شعور ويشعر بأن هناك جزء من شخصيته خارج إطار تصرفه فهذا يشعره بالانقص والضعف حول شخصيته إذ يوجد جزء لا يستطيع هو التصرف فيه.

كلما ورد الأنا بفكر الشعور رادت حدة الشعور في إثبات وجوده عن طريق الأحلام مثلاً لو عن طريق صراعات القلق والأعراض السيكوسوماتية، ويظل التماس بحالة صراع بين الأنا والشعور إلى سن ٤٠ والتي تظهر فيها "الذات" وهي دروة البناء النفسي وتستخدم كل الحالات الشعورية والشعورية عند الفرد، فالذات هي وريثة نور الأنا القديم ولكن يتصالح مع الشعور.

الشعور الشخصي Personal Unconscious.

يقول يونج أن الخبرات التي يمر بها الشخص لا تنسى ولا تحتفي تماماً إنما تصبح جزء من لا شعوره الشخصي، وتلك الخبرات إما أن تكون قد كبتت لا لئلا لو قمعت إرادياً باعتبارها ذكرى مؤلمة للأنا لو أنها من الضعف بحيث لم تترك قطبا شعوري في النور (والشعور الشخصي في حالة اتصال دائم مع الأنا لمساعدته في حياته، إلا أن الكبت قد يحول دون ذلك، ورغم ذلك فإن تيار الانتقال حر بين الشعور والشعور الشخصي.

الشعور الجمعي Collective Unconscious.

يخبر هو البنية العميقة لظاهرة يونج في الشخصية فيه تختزن الخبرات المتراكمة عبر الأجيال والتي مرت بالأسلاف القدامى وهو الأسس العصري للموروث للبناء الكلي للشخصية فطرية يسي الأنا والشعور الشخصي وجميع المكتسبات الفردية الأخرى.

وقد قال يونج بوجود قنماط أولية في اللاشعور الجمعي مثل (الله، الأم، الأب، الطفل، الشيطان، الميلاد، الموت) والنمط " هو شكل مكري مشاع وعلم يتسم قدر كبير من الانفعال به، وكلما كان التوازن بين النمط الأولي وصورته القطبية يوافق كبير، كلما كان هناك استقرار في البناء النفسي، كمسورة الأم مثلاً، كلما كانت الأم القطبية مطابقة في حقيقتها للموروث المصاحب لتقافة أو نمط الأم كلما كان الاستقرار في بناء الفرد الواقع تحت ملطة تلك الأم.

العقد Complexes

هي تجمع لحبرات وتجارب تتمحور حول نقطة معينة يظل الفرد يتحدث عنها مراراً وتكراراً في حياته وتكون هي محور كل تفسيراته ومن أمثلتها "عقدة الأم - عقدة الأب - عقدة القوة"، وبرغم أنها تكون حبرات تركت أثراً في الأنا نتيجة لتكرارها، إلا أن لها ميرة تفسير الخبرات التي سبق أن تكونت حول العقدة وهذا ما يسميه يونج (قوم تجمع العقد).

في معظم الأحيان توجد العقدة ويولتها في اللاشعور للشخصي والفرد لا يكون على معرفة تامة أنه يفسر أو يستخدم الكثير من الظواهر العرسية للخرابة في خدمة عقته.

القناع Persona

مصطلح يونجى قديم اسمه "برسونا" ومعناه لقناع، تتخذه يونج ليصف به الوجه الذي يتقدم به الإنسان للمجتمع، نحن في حياتنا اليومية قد نجد ضرورة لأن نعلم الذات الحقيقية بمئات جادع ونلبسها قناع لتبدو مع العالم في مظهر لائق يتفق والجماعة وأسماء يونج أيضاً قناع العقل الجمعي أو القناع الذي يحوي وراءه الفردية للحاسة بالفرد ذاته.

مشكلة القناع عند يونج تأتي من أن الإنسان يكون أمام المجتمع مستترا وراء قناعه وهو هنا قد يبدو غريباً تماماً عن وجدانيته ومقصده الحقيقية،

فالإيمان يتحصل على القناع من الدور الذي يطلبه المجتمع بالقيام به، وكما
كل الدور يناسب وجدان الإنسان أكثر كلما كثبت حدة القناع في التأثير أقل،
وكما كانت العلية لتحقيق الذات أكثر. فكما يبتعد الإنسان عن تحقيق ذاته وراء
قناع فقط يخدم صورته بزيه أمام المجتمع، كلما أصبح أقرب إلى الحالة
المرصية منه إلى السواء.

والقناع هو جزء من الأثنية متجه نحو العالم الخارجي، وهو باعتبار
من مظاهر السلوك النفسي الذي هو عبارة عن الموقف العام للفرد بإزاء
محيطه، إنما هو "نسوية بين الفرد والمجتمع من جهة ما يندو عليه الفرد"، أو
قل هو "مركب وظيفي مكون لأسباب تكيف أو راحة، لكنه يفترق عن
الفردية، وهذا المركب الوظيفي لا يخص إلا العلاقات مع الأغراض.

هذا والتخصص السوي من الوجهة النفسية يأخذ بعين الاعتبار ثلاثة
عوامل في أن واحد.

أ - الأثنية المثالية (الصورة التي يراها الفرد مرغوبة).

ب - الصورة العلمية التي يشكلها المحيط عن أدواق الفرد.

ج - الطوارئ النفسية والصلبية التي يمكن أن تحدث من تحقيق المثل المفترضة
أو تعرقل هذا التحقيق.

مصطلح القناع يشير إلى الشخص الاجتماعي الذي، وإن كانت
ينصف بواطنه وخواصه القلوب التي لا يُستعنى عنها، فإنه غالباً ما يمرّسنا لستر
طبيعته الفردية، فالقناع قد يكون عامل حماية (وتكيف) للفرد مثلما قد يكون
حطراً عليه: حجب طبيعته الحقيقية، حطراً تؤتده مع قناعه (بأن يطن أنه قناعه
ولن قناعه هو)، الخطر الذي ينطوي عليه في الوقت نفسه الاقتران بالقناع
(كأهمية المهنة المبالغ فيها لدى بعضهم) أو حطراً تحجر قناعه إلى حد وحييم.

الأنيميا والأنيموس Anima And Animous

قال يوجن بلو الإنسان ثنائي الجنسية فالإنثى تمتلكه بدخلها حصاً تكرورياً
يسمى الأنيموس وهو ميل للرجال بصورة تتوافق مع تلك الأنيموس الداخلية

بذاتها وكذلك فالرجل يمتلك أليما ويميل للأشئ التي تحقق له التوازن بين صورتها في نفسه والواقع الملموس له.

من هنا تتشأ قدرة الرجل والمرأة على فهم كل منهما الآخر بما يملكه في نفسه من جزء منه، والدليل على امتلاك كل منهما جزء من الآخر على سبيل المثال لا الحصر مثلاً أنه في الشريحة يتخذ الجانب المهمل حيزاً من الظهور على التوالي الجسمية للفرد كشحونة الصوت عند المرأة ورقة الملامح عند الرجل.

الظل Shadow.

الظل يمثل المراتب الحيوانية أو الأفكار المستهجة والدوافع الشهوية بشخصية الفرد، فهو يقوم بمقام الهو عند فرويد حيث يمثل الملوك المبيح خلفها والذي يستحق التكبيل وهو بالأصل سوروث من اللاشعور الجمعي عند الإنسان. الظل مشكلة خلقية تتحدى شخصية الأنا كلها.

تعتبر الخافية العديدة عن نفسها من بعدُ بمشخص الظل الذي يرمز إلى "وجهها الآخر"، "صينونا"، "شقيقنا المظلم" الذي من جملنا نفسه والذي، على كونه غير مرئي، لا يفرقنا أبداً ويشكل جزءاً من كليتنا. وهو صورة إعلامية غالباً ما تتميز بحسبة سوداء، فهي الأحلام غالباً ما يترافق اللقاء مع الظل أو خلعه على بعض معارفاً، مع استياء نمط الوظيفة النصبة السائدة ونمط موقف الفاعل إنه "الطرف المقابل" لأتينا الواعية: "كلنا متبوع بظل، وكلما قلّ اندماج هذا الظل في الحياة الواعية للفرد كان أشدّ سوداً وقلمة"

والظل بعلمة شلى بدائي، غير متكيف، شقى، لكنه ليس بالضرورة "شريراً" إنه يمثل كل ما نخفي عن الوعي باعتباره متفكراً مع الأنا، وقوامه عيوبنا، ونقصنا، ويمص خصائصنا المبدودة بمقتضى الأحكام المسبقة الاعباطية، المشدودة بدورها إلى مشكلة القناع، بالاصطفاء إلى منتجات الوظيفة العسقية الأقل تمايزاً واللقاء مع الظل على هيئة حوار بينه وبين الأنا،

أيام حلم على سبيل المثال، لحظة مؤكدة جداً فالأنا تتعرض لخطر العرق هي
الوازع المكبوتة التي تقرّ بنسبتها إليها والتي تتصادم وتوازعها الواعية.

على لى للطل معنى أوسع بكثير، ويمكن الإشارة به إلى الخافية في
جملتها، من حيث لى كل ما لم يلج بعد عالم دور الوعي يظهر للعيان معما
بالظلمة ومخراً بالشر والخطر

من مميزات الظل التي قال بها يونج:

هي أهم الانعطاف عند يونج حيث قال لى الذات التي تقع في موضع وسط
بين اللاشعور والشعور تكون قلادة على إعطاء التوازن للنفس ككل فهي
تحتفظ في حالة استقرار وثبات نفسي.

قال لى الإنسان يحقق هذا الثبات النفسي في سن متقدمة بعد أن يكون قد
تغلب على تهور المراهقة والاتجاه نحو العالم الخارجي في بداية الرشد فحين
يتقدم الفرد نحو متوسط العمر تحل اتجاهات الانطواء محل اتجاهات الانبساط
وهكذا.

ميكانيزمات تحقيق الذات:

- ١- عوامل القطبية ومبدأي التماثل والانتقال.
- ٢- فلانظام البيولوجي المجهز بالفرائر التي تحفظ النوع وتعمل على استمرار
الحياة.
- ٣- تطلع الفرد للمستقبل فهو لا يعيش في خبرات الماضي فقط.
- ٤- بلوغ التحقيق الكامل للذات عبر مراحل نمو الشخصية فقد استثمر الأبيدو
في ألوى من النشاط تكون ضرورية لبقاء الحياة قبل سن الخامسة تبدأ القيم
الجسدية وتبلغ قمتها في المراهقة وهي مرحلة الشباب، ويستكين الفرد في
الأربعينيات حيث يحدث تغيير حاسم في قيمه وأهدافه.
- ٥- خبرات الفرد تتيح تحقيق الذات فلو أهمل جزء من نظام الشخصية في
مرحلة ما سوف يشط كمركر للمقومة، وإذا كثرت مراكز المقاومة

وأصبح الفرد عصائياً. فلكي نسمح بنمو تحقيق الذات يجب السماح لكل نظام من أنظمة الشخصية ببلوغ أقصى درجات النمو ويسمى ذلك بعملية التفرّد.

٦- الرموز قادرة على تحقيق الذات فكتير مما يقوم به الإنسان ممكن أن يوجه إلى مستوى رمزي من خلال الصور والكلمات والأحلام والموسيقى والنفس فالرمزية التي يتمتع بها الإنسان تساعد على بلوغ أعلى مستوى تمارس للذات.

هذا وتحقيق الرمز عند يونج وظهقتين أساسيتين:

١- تمثل مستودع خبرات الأسلاف.

٢- تمثل المستويات الطموحة للإنسان.

وفي هذا الصدد يقول يونج: إن النفس دائماً ما تسعى إلى إيجاد لشركاء الذين يجدون معهم ما يعتقدونه بأنفسهم "مبدأ القطبية والتعويض"
الموت الإرادي عند يونج

هو تعبير أطلقه يونج عندما يفحص الإنسان في عالم عبداً للأفكار المستهجنة وتحقيق الشهوات لا أكثر.

فكرة تحليل المحلل النفسي:

يونج أول من نادى بها ولغذاها عنه الفرويديون وهي ضرورة أن يحصص المحلل النفسي دافته للتحليل أولاً.

شاة الوعي عند يونج:

كيف نشأ الوعي ؟ " قال يونج أن لا مشكلة بلا وعي، أي كلما ازداد وعي الإنسان كلما كانت المشاكل فلارة على الظهور، فيدون وجود الوعي لما تمكن الإنسان من التعرف على الأشياء ولا على إدراك أن تلك الأحداث تمثل مشاكل، وتلك الأحداث لا تمثل مشكلة، ويمكن معرفة ذلك بمراقبة الأطفال وملاحظة كيفية تصرفهم عند التعرف على شيء لأول مرة، ولكن المعرفة هنا

أيضا لا تعنى الوعي وإنما ينشأ الوعي من القدرة على الربط بين تلك المعروف بعضها البعض.

كما قال بلى الراصد في علم النفس يتعدى عليه أن يكون موضوعيا من حيث أن رصده سيكون فيه بعض من لبناء على موضوعات دلتية وشخصية سابقة وقال بلى كل ما هو نفسي حقيقي جداً وواقعي كما العالم المادي.

اختلافات يونج مع فرويد.

سلورت يونج لشكوك بخصوص تركيز فرويد على الجانب الجسدي في تفسير تعقيد شخصية الفرد، وهذا لم يستطيع تقبله وقال أن هناك مرضى ترجع اضطراباتهم إلى خارج النفس.

ومن هناك بدأ تمييز النمطين "الانطوائي والانبساطي" وقد استنتج ذلك من مرضى العصام الذين يستغرقون بدوخل قصصهم فلا يمكن أن تسبب حالات للعصام مثلاً إلى مشاكل جسدية. وفرويد الذي لم يصل يوماً مع مرضى العصام لم يوافق على ذلك وكذب بتلميحاته الموداه تجاه عمل يونج بأنه خائن وبعد ذلك بدأت علاقتهما تتحل بسرعة.

من خلال الأحلام قرر فهم ما اسماء لزمة منتصف العمر وبدأ بحثه فيما اسماء نيكيا Nekyia أو الرحلة الليلية للروح فقد كتبت أحلامه تتضمن صور وحوش وأساطير وهي تنطابق مع أحلام مرضى العصام فأرجع ذلك إلى ما يسمى النموذج الأصلي الموروث ومن هنا نشأت فكرة اللاشعور الجمعي.

قال ابن الأحصاني أو المحلل النفسي لكي ينجح في عمله عليه الاندماج في الأمكن التي تنتج له التعامل الفعلي مع الحالات لا أن يعرض بالدراسة فقط.

وقال بلى العلاج ما هو إلا عملية توليد للحقيقة، ومنهج في العلاج منهج المصارحة بلا تحايل أو مؤاربة بين شخصين "العلاج والمريض" وذلك يقصد تحقيق الوعي، فهو لا يحشى التحويل كفرويد، إذا يرى أنه وسيلة لإظهار المصائب الخافية، وقال بأنه لا يجب وصع حطة للعلاج فأحياناً تصدر أشياء

غير متوقعة قد تربك المعالج. يقول يونج بأن الرؤية الصحيحة للعرد تتحقق عندما يتمس في ذاته فمن ينظر خارج حدود ذاته يحلم، أما من ينظرون داخلها يستقظون لتحقيق الحلم.

أخذ يونج على فرويد أنه لا يأخذ في الحسبان قدرة المنظومة النفسية على إبداع عدد ومواد جديدة ويأخذ أيضاً عليه افتراضه أن الرمية لا تمت بصلة إلا إلى الماضي برغم أن الواقع التجريبي يقول أن الحلم مسرح لعمليات لم تكن يوماً واعية وهو ما أرجعه يونج لموروث اللاشعور الجمعي وقدرة الإنسان على إبداع رموز متنوعة إبداعاً فطرياً.

يأخذ يونج على فرويد (التداعي الحر) إذ يتصف بالتقليص الذي لا يتيح إلا تصوراً إرجاعياً يختزل الحلم إلى ثوبت موضوعه سلفاً تقتصر إلى المرونة والشمول فرويد يربط أحلامنا بخواطرنا ومشكلاتنا الواعية بسببية حتمية أنه جعل من الحلم للطريقة الأسر لبلوغ المركبات، أما يونج فيقر من جانب كل الإقرار بأن أحلامنا يمكن أن تكون مطلقاً لنن التداعي الحر في التقريب عن الرغبات الوجدانية المكونة

يقابل يونج منهاج فرويد للمعنى في السببية بمفهوم الظرفية (الظروف المحيطة) تتخصص عن أحلام من نوعها) بوصفه الإطار العام الذي يسمح بفهم الأحلام، إذ إن المعزى من رغبة محددة في حلم ما لا يصبح استنباطه بالاشتراط السببي وحده، إنما كذلك بقيمة موقعه في سياق الحلم إجمالاً، وخطورة هذا الموقع " فالحلم يترجم حال اللاشعور في لحظة معينة"، ويؤدي في الحالة السوية وظيفية تكاملية بالنسبة للشمور بما يستهدف حل النزاعات النفسية إلى وجدت. الأمر الذي يصفي عليه قيمته الإستباقية المنذرة.

كما قال يونج بأن استعمال الأحلام سبلاً إلى المركبات أو مطلقات للتداعي الحر ليس إلا استعمالاً ميتوراً ومبتسراً للمعنى الحلم وتعبيراً في الوقت نفسه لواقع تجريبي أصيل هو أن الرموز التي تظهر في الأحلام أكثر تنوعاً وأغزر دلالة من الأعراض الجسمية للعصاب

إنه يجب عدم التفتيش عن معنى الحلم بما يشكل كلاً تاماً عن طريق
التداعي الحر لأنه من شأنه - أي التداعي - أن يصرف الانتباه عنه

الحلم كما يرى يوج محصول طبيعي ينبغي إعمال النظر فيه بما هو
كذلك، أي على نحو ما يتم للتأمل في زهرة بديعة أو لؤلؤة نادرة.

فمن الثابت على سبيل المثال لا الحصر إن الحديد من الصور الإحلامية
ترمز بوضوح إلى التواصل الجنسي، لكن المهم في الأمر ليس رأي فرويد
الإمساك بالتمسك إلى التواصل، بل الأخرى فهم الموقف النفسي الإجمالي الذي
لهم عنه اختيار هذه الصورة أو تلك.

فالرموز التي "يمتصها" الحلم لرسم وصع ما لمعت مجرد إشارات
أو كلمات تختلقها وظيفة "رقيب" Censorship تهدد ستر هينات عن حالة
الصحو، على حد ظن فرويد، بل هي صور تتطوى على علة وجودها، وتمتلك
دينامية خاصة بها. والمغزى منها لابد أن يتطور كافة التفسيرات التي لصعبها
لها لأن من شأن الرمز على وجه الدقة أن يجعل الواعية على صلة بما هو "مجهول ولا يرى إلى الله علم قط".

هذا ولا يعظمون يوج إلى منهج التداعي الحر في تفسير الأحلام لسبب
بسيط هو تعذر تطبيقه على حالات الأحلام النموذجية البدائية التي تعود بما لا
يدع مجالاً للشك إلى الحافية الجامعة. لقد ميّز يوج بين أحلام الرقطة
Fantasies والأحلام المعبرة عن التفتح الشخصي للمرء من جهة، وتلك التي
لمس فيها حاصية شمولية أو قوامس مشتركة بين الأحزاب التاريخية
والحصارات كافة. فإذا كان التداعي الحر يصلح منهجاً للولوج إلى الحافية
العربية النسيبة، وحدها الأحلام "الضظيمة" تفتح الباب على مصراعيه للولوج
إلى الحافية الجامعة. هذا المنظور يمتد من جاذب آخر استطلق الأحلام عن
المزيد مما يختن بين ثناياها. كل تهدي بها، لا إلى المركبات، بل إلى الهياكل
النفسية للشخصية الكلية للفرد، أي أن تمهد لنا الطريق للقيام بالخطوة الأولى
الحاسمة على درب التفرد Individuation.

وأخيراً يأخذ يوجع على فرويد اعتباره الصور والتداعيات التي تشبه في أحلامنا أساطير الأولين مجرد مخلفات بقدة - وهي وجهة نظر تميز كل من يعتبر للخلفية ملحقه بالواعية أو تابعة لها، أو "حاوية قسمة" يرمي فيها كل ما ترغب الواعية عنه أو تستهجنه أو تستعصي منه.

إن فرويد، إذ يتصور هذه التداعيات على هذه الشاكلة تعيب عنه الوظيفة للأفلية لهذه الصور، بما هي الصور الواسلة بين تلك الواعية الخفية من جهة، وبين عالم الخيرة والقطرة من جهة ثانية.

ومن الممكن فهم الدور المجازي للحلم انطلاقاً من أن لكل كلمة معنى يحتل من شخص آخر لاختلاف طيفاً نميباً (حتى عندما يتعلق الأمر بالشخص يستمر إلى بيئة ثقافية واحدة)، وهذه الاختلافات تنوعت فكرية أو وجدانية دون الوعي (المعبر أو السبغ من أن يُدرك لو يُس به) Subliminal لكنها تتحد في الأحلام أهمية عظيمة. إن من شأن جذور خوطرنا الواعية هذه أن تطل لملاذ يمكن لأعراض عادية محددة (حُجرة موصدة بالمفتاح، قطار فنت، سيارة خارجة عن سيطرة سائقها، لعم بحري .. الخ). أن تكتسب لديها معنى هو من القوة بحيث يجمعا لتعيق أحياناً من نوما مذكورين.

الأشياء التي التزم بها الفرويديون العهد من نظرية فرويد:

- ١ - التداعي اللاشعوري.
- ٢ - الكبت والمقاومة وأهمية ذلك في التحليل أثناء العلاج.
- ٣ - الاهتمام بالترافعات الداخلية وأثرها على التكوين النفسي.
- ٤ - التأثير المستمر للصرات الطفولية المبكرة.
- ٥ - طريقة التداعي الحر وتطويل الأحلام

ثانياً : النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعي

تعكس نظريات الشخصية التي صاغها " فرويد " و " يوج " تأثير المناخ الاجتماعي نفسه الذي شكل وجهة التقدم في البيولوجي والكيمياء في القرن التاسع عشر . فقد نظرا إلى الفرد باعتباره نظام طاقة يتسم بالتركيب والتعقد بل يساعد علي استمرار نفسه بتفاعلاته مع العالم الخارجي كما أكدوا علي مفهوم البقاء الفردي وتنتشر الأجناس وتكثرها والنمو الارتقائي . ومعنى ذلك أنه علي الرغم من أن " فرويد " - علي وجه الخصوص - فقد تعهد بمبدأ بناء علم نفس عام فإنه مال إلى التأكيد علي الفرد علي حساب البيئة الاجتماعية أو الثقافية التي وجد الفرد في إطارها .

وكما هو الحال في الغالب فإن التشدد في اتجاه معين يعني إلى التشدد في اتجاه معاكس له . فلي حين شغل العالم الأكاديمي بالداروينية ونموذج التطور البيولوجي بدأ علم الاجتماع والأنثروبولوجيا (علم الإنسان) في الانبثاق والظهور كنظامين مستقلين في اهتمامتهما وبينما كان " فرويد " و " يوج " يؤكد علي أهمية المحددات البيولوجية والوراثية في تشكيل السلوك فإن رد فعل الآخرين من ولسمي نظريات الشخصية كان مع النظريات الاجتماعية والثقافية .

ولقد أدى تجاهل " فرويد " النفسي للإطارين الاجتماعي والثقافي والذين يحدث فيهما السلوك إلى هجر كثير من المنظرين اللاحقين لمبدأ الحتمية البيولوجية والتحلي عنها تأليدا لمبدأ الحتمية الثقافية .

وطبقا لوجهة النظر الاجتماعية النفسية فإن الفرد يعد نتاجا للمجتمع الذي يعيش فيه كما ينظر إلى الشخصية من حيث تشكلها بالمتغيرات الاجتماعية علي نحو أكثر من المتغيرات البيولوجية ومن بين العلماء الذين تبسوا النظرية التحليلية النفسية مع التأكيد علي دور علم النفس الاجتماعي فيها ذكر أربعة أسماء الفريد أكلر ، سوكالين هورمي ، وريك فروم ، وهاري ستاك

سوليمان. هكذا هؤلاء الأربعة كانوا - بطريق أو بآخر - رد فعل مصاد لتأكيد " فرويد " علي الحملات والفرانز البيولوجية ولكن لم يقم أي منهم بتحايد موقف بيبي متطرف مؤكدين بالأثلة والبراهين أن شخصية الفرد إنما تتكون كلية من حلال اوصاع المجتمع الذي ولد فيه.

وفي إطار تأكيدهم علي متغيرات مختلفة قد خصصوا الشخصية أبعادا اجتماعية تلائم الأبعاد البيولوجية التي توسع " فرويد " و " يونج " في تقصيلها في حين لم يجعلوا فكرة الدافعية اللاشعورية إلا قليلا من اهتمامهم فقد بسطوا القول في تناول الشخصية بمدخل بصي دلخبي intrapsychic من خلال سبر محدداتها الاجتماعية واكتشافها.

الفرويد أدلر Alfred Adler (١٨٧٠-١٩٣٧)

- الفصل عن فرويد لمدد من الاختلافات النظرية كل أهمها تركيز فرويد علي غريزة الجنس وميلية الإنسان أمام حتميتها الطبيعية.
- ترتبط كثير من معاهيمه بسيرته الذاتية وتحديداً معالته من المرض في طفولته وما لازم ذلك من مشاعر العجز والنقص، ثم كفله من أجل التقرب علي هذه المشاعر وتحقيق التميز.

الاختلاف مع فرويد:

- يقلل من أهمية الجنس، ويركز في المقابل علي مشاعر العجز والنقص وما يرتبط بها من عدوان لتحقيق التميز والكمال. (في حين يربط فرويد للمركبت الأديبية بالجنس، يربط أدلر للمركبت الأديبية بالعدوان).
- أقل تشاؤماً في نظرنه للفرد، الأثا أكثر فعالية لدى أدلر مما هي عليه في نظرية فرويد، إذ تعمل لتحقيق التكيف من حلال طبيعتها العقلية، وأدقها الاجتماعية.
- في حين يقلل فرويد حب الذات (الترجسية) كطاقة طبيعية لجمعية لجمعية الذات يراها أدلر انكفاء علي الذات واستبعاد للاهتمامات الاجتماعية، وهي صورة

مرسمة تنتج عن مشاعر النقص تسعى من الشخص من خلالها إلى استبعاد الاهتمامات الاجتماعية.

- في حين يقبل فرويد حب الذات (الترجسية) كطاقة طبيعية لحماية الذات يراها أدلر انتكاء على الذات واستبعاد للاهتمامات الاجتماعية، وهي صورة مرسمة تنتج عن مشاعر النقص تسعى من الشخص من خلالها إلى استبعاد الاهتمامات الاجتماعية.

6 لا يتفق أدلر مع فرويد على تقسيم الشخصية إلى بذات متصارعة، فهي وحدة كلية تتم وحدتها من خلال النزعة التطورية لتحقيق النمو.

- الكفاح الموجه لتحقيق التميز والكمال Superiority and perfection وما يرتبط به من حدود (طبيعة الحدود تختلف عند الأسرياء والمضطربين) هو الدافع الأساسي لتحقيق أهداف مرسومة وليس خفض الصراع بين الحاجات المتصارعة.

- يختلف مع فرويد في تفسير حمل الطم، ففي حين يراها فرويد كوسيلة لإشباع الرغبات المكبوتة، يربط أدلر حمل الطم بمسعى الفرد الهادف للتكيف، فهي وسيلة لحل مشكلات الفرد التي لم يستطع حلها في الواقع، وذلك من خلال خلقه لحالة فعلية تدفع وتوجه الفرد لتحقيق أهدافه عند صعوبة إذا فالطم عند فرويد مشبع في حد ذاته، في حين يعتبره أدلر وسيلة، كما يمكن النظر إلى الطم على أنه ارتباط بالماضي عند فرويد، في حين يرتبط بالمستقبل عند أدلر.

المعلومات الأساسية لنظرية أدلر:

- مشاعر النقص والمعجز والكفاح من أجل التميز والكمال كبديل لنظرية الجنس؛

يمثل مركب النقص Inferiourity في الأسفل والذي يرتبط بالمعجز الطبيعي في بداية الحياة وما يدعوه من عوامل أخرى كالمرض والإصابات، ثم

العجز عن مواجهة الموت الأساس لدافع الكفاح من أجل التغلب على مشاعر النقص والعجز، ثم من أجل التميز Superiority والكمال، وهذا الدافع يعتبر سويًا من وجهة نظر أدلر إذا بقي الفرد محافظًا على أهدافه الاجتماعية، إلا أنه قد يصبح مرضيًا إذا فقد الفرد أهدافه الاجتماعية.

• **العنوان:** بالرغم من أن أدلر هو المبتكر لفكرة العدوان التي قال بها فرويد فقد قام بتحويل وتطوير الفكرة من خلال أعماله المتتالية، ويمكن إيجاز ذلك في:

١- **العنوان:** إحساس بالكره نحو مشاعر العجز وعدم القدرة على تحقيق

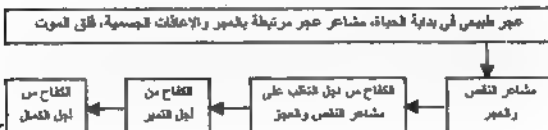
الإشباع، ويمكن للعدوان أن يتحول إلى طرق عديدة عندما لا يستطيع الفرد توجيهه للموضوع الأساسي. ومنها تحول الدافع العدواني إلى العكس كالعبرية، تحويل طاقة العدواني إلى دافع بديل آخر، تحويل العدواني إلى هدف آخر، تحويل العدوان إلى الذات.

٢- ربط أدلر لفكرة العدوان من أجل التغلب على مشاعر العجز والنقص بالذكورة Masculinity، لما يرتبط بها بيولوجيًا وثقافيًا من مشاعر التميز والقوة، إلا أنه قلل من أهمية ذلك فيما بعد.

٣- ربط العدوان بالكفاح بالبحث عن التميز Striving for Superiority.

٤- وأخيرًا ربط العدوان بالكفاح من أجل تحقيق الذات والكمال Striving for perfection.

• **الحاجة للحب:** بالرغم من أن العدوان دافع طبيعي من وجهة نظر أدلر لتحقيق ذاته، فلم وجوده لا يعني حاجة الإنسان للحب والعطفة وإذا فهو يكافح من أجل تحقيق ذلك.



• الغفلية يعتبر أدلر أقل تشاؤماً من فرويد في نظريته لفاعلية الإنسان في مواجهة الحتميات البيولوجية، حيث يرى أن الفرد يسعى بفاعلية لتحقيق غايات وأهداف يسعى من خلالها لتحقيق التميز والكمال والتغلب على مشاعر العجز. لقد تبني فكرة Vaithinger عن الغايات المثالية محضراً الغفلة (الهدف) النهائي بأنه ذاتياً، وأن له معناه الشخصي لتحقيق وجوداً إيجابياً للفرد (فكرة إيمانية كان لها أثرها على علماء علم النفس الإنساني).

إذا فالفرد موجه بهدف Goal-directed (قد يكون لا شعورياً). هذا الهدف يمثل الطاقة الإبداعية الملمصة للحياة Mysterious creative power. ولقد استخدم أيضاً مصطلح Guiding self-ideal للإشارة إلى العناية الذاتية الموجهة للفرد معتبراً أن هذه الغفلة هي الأساس الموحد للشخصية نظراً لوجود خطط لا شعورية للسيطرة على مشاعر العجز يمكن أن تكون بعض الأهداف الموجهة لنشاط الفرد حيالية لتتفق مع تلك الخطط.

• الاهتمام الاجتماعي: يسعى الجميع للكفاح من أجل التغلب على مشاعر العجز، ولا فرق بين الأسوياء والمصابين في ذلك، كما يمثل العدوان دفع طبيعى مرتبط بهذا الكفاح، إلا أن الفرق بين المجموعتين هو وجود أهداف اجتماعية للأشخاص الأسوياء مما يعي توجيه العدوان وتهدئته ليكون اجتماعياً وليأخذ شكلاً اجتماعياً مقبولاً. كما تقدم للرجسية المرصية لدى الأسوياء، في حين تقدم الأهداف الاجتماعية ويمارس العدوان والرجسية بشكل صريح عند المصابين.

• نمط الحياة: استخدم أدلر علم النفس الفردي ليؤكد الطبيعة الذاتية لكفاح الفرد من أجل تحقيق أهدافه التي يسعى من خلالها للتمييز في الكمال (هذه الفكرة تؤكد التوجه الإنساني لأدلر).

- **أنماط الشخصية:** قسم ألدنر أنماط الشخصية في بداية حياته إلى شخصية تناولية، عدوانية، انطوائية، ومتوسطة. ثم طورها عام ١٩٢٥ مصيغاً إليها درجة فعالية للشخص ودرجة اهتماماته الاجتماعية ومن ثم خرج بالتقسيم التالي.

١- **النوع المتمسك بالقواعد The Ruling Dominant Type:** لديه درجة عالية من الإصرار والسيطرة على الحياة ولكنه على درجة عالية من الطولية، كما يعاني من صعب شديد في الاهتمامات الاجتماعية.

٢- **النوع النعمي (النوع المتعلم للأخذ) The Getting-Learning Type:** يتوقع إشباع حاجاته. لديه اهتمامات اجتماعية ولكنها ضعيفة.

٣- **النوع الانسحابي The Avoiding Type:** يتسم الفرد بالانطوائية وصعب النشاط وعدم القدرة على تحقيق أهدافه. ولذا فإن اهتماماتهم الاجتماعية ضعيفة بالمقارنة بكل المجموعات الأخرى.

٤- **الاجتماعية The Socially - Useful Type:** وهي تشير إلى نمط سوي نشط للشخص الذي له أهدافه التي يسعى لتحقيقها في حدود مصالح المجتمع.

- **العوامل المؤثرة على نمو الشخصية:**

١- **العوامل البيولوجية** ولعل من أهمها حتمية الشعور بالصعب في بداية الحياة، وأيضاً غريزة العدوان.

٢- **حبرات الطولة المؤلمة والمؤكدة** لعجز الفرد.

٣- **الأحداث الحياتية.**

٤- **وضع الطفل في الأسرة (ترتيب الطفل في الأسرة والطفل الوحيد).**

كارلين هورني (١٨٨٥-١٩٥٢):

أهم ما يميز سيرتها الذاتية المؤثرة في بناء مفاهيم نظريتها شعورها بالرفض الولدي في الطفولة وخاصة من الوالد (البحار) الذي تميز بالصرامة،

وشعورها بأنها أقل جاذبية من الأخريات. هذا الشعور له صلة كبيرة بتركيزها على أهمية علاقة الحب بين الأطفال والديه وغيرها من الحاجات المرتبطة بشكل أو بآخر بالحب والقبول الاجتماعي. كما يُعتقد أن مشاعر الرفض والتقص التي عانت منها في طفولتها ومراهقتها هي الدافع وراء تأكيد ذاتها في مجالات علمية (من أقوال هورني إذا لم تكن جميلة فقد قررت أن أكون ذكية)، وهذا يصر تأكيدها على طبيعة الإتسل الكمالية لتحقيق ذاته.

العلاقة بين فكر فرويد وفكر فرويد:

- تأثرت بفكر فرويد إلى درجة كبيرة إلا أنها لا تتفق معه في تركيزه على أهمية الجنس، وتري أن هناك عدد من الحاجات الأساسية أهمها الحب الوالدي والذي يعتبر البديل الصحيح من وجهة نظرها لفكرة الجنس الفرويدية.
- لم تبد اهتماماً ببناءات الشخصية التي قال بها فرويد وتعامل مع الشخصية كوحدة واحدة.
- تقلل من أهمية الحتمية البيولوجية ككل وتري أن للإنسان الدافعية للنمو مدى الحياة.
- تتفق مع فرويد في أهمية خبرات الطفولة المكونة (تتفق حول أهمية اللاشعور)، إلا أنها لا تربطها بالاعتماد الجنسية بل بفقدان الحب والاعتراف.
- تتفق مع فرويد حول أهمية الخبرات اللاشعورية إلا أنها ترفض تسميها.
- هناك تأثير متبادل مع فروم.
- المصطلحات الأساسية لنظرية هورني.
- بدلاً عن الجنس هناك مجموعة من الحاجات الأساسية للإنسان أهمها الحاجة للحب والقبول والاعتراف ثم الحاجة لتحقيق الذات.

• ترى أهمية العلاقات الأسرية وتحبها الأسس هي إشباع أو إحباط الحاجات الأساسية. وتعدل خبرات الطولة سواء أكلت إيجابية أم سلبية الأسس لإنهاء الشخصية في المستقبل.

• التعلق الأساسي:

١- كما هو الحال عند فرويد ولانز وفروم وغيرهم ترى هورسي أهمية لتعلق الأساسي والذي تقصد به التعلق الأولي الطبيعي (تقريباً له عن لصاط التعلق الأخرى الموضوعية أو العصبانية للنتيجة عن التعلق الأساسي نفسه) الذي ينتج عن اكتشاف الفرد لمجراه في مواجهة الكبار (الوالدين) الذي يجد نفسه مضطراً للاعتماد عليه.

٢- وترى أن السبب الأساسي والذي اعتبرته شراً The basic Evil لهذا التعلق يتمثل في إهمال ورغص الوالدين للطفل.

٣- تولد هذه المشاعر الكراهية الأولية للآخرين The basic hostility من يمتلئ سبباً للتعلق (عادة الوالدين)، إلا أنه يضطر لتكبثها نتيجة للعلاقة الاعتمادية من طرفه فضلاً عن تناقص مشاعر الكراهية مع مشاعر الحب نحوهم.

٤- يستثير تعلق الأساسي كفاح الفرد للتطلب على مشاعر عدم الأمن للمجر والرضع عن طريق تحقيق الذات.

• يأخذ كفاح الفرد لتحقيق الأمن وتحقيق الذات نمطين تبعاً لحدة التعلق الذي يكون نتيجة للتفاعل بين مندى سوء الواقع الخارجي وشخصية الفرد وتشمل:

١- نمط الكفاح السوي: تبقى حاجات الفرد الأساسية في حدود السواء ويكفح من أجل تحقيقها مع الاحتفاظ بأهدافه الاجتماعية.

٢- نمط الكفاح غير السوي: حيث تتحول الحاجات إلى حاجات عصبانية ملحة وتشمل:

- الحاجة العصابية للحب والعاطفة والقبول.
 - الحاجة العصابية لشريك يعتمد عليه.
 - الحاجة العصابية للقوة والسيطرة.
 - الحاجة للاستفادة من الآخرين.
 - الحاجة العصابية إلى الاعتراف.
 - الحاجة العصابية للإعجاب.
 - الحاجة العصابية للإنجاز.
 - الحاجة العصابية للكفاية.
 - الحاجة العصابية للكمال.
- ٣- ويسلك أساليب سلوكية غير صحيحة أو عصابية كالخسوع والانسحاب والدون.
- يرتبط فشل أو نجاح الفرد في كفله بإدراكه لذاته. وتحدد هورني أربعة جوانب للذات كما يدركها الفرد هي:
- ١- الذات المثالية
 - ٢- الذات الحقيقية.
 - ٣- الذات الواقعية.
 - ٤- الذات المحتقرة.

إريك فروم:

تأثير فرويد وماركس في فكر فروم.

- تأثر بشكل أساسي بفكر كل من كارل ماركس الاجتماعي وفكر فرويد في التحليل النفسي، كما تأثر بشكل كبير بفكر هورني مما أدى به إلى توسيع مفهوم التحليل النفسي ليتعامل مع الفرد ككائن في مجتمع له ثقافة يتعامل فيه مع الآخرين باعتمادية متبادلة.

- تلّثر في تبني هذا الموقف بالأزمات الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن الحربين العالميتين.

- في اختلاف مع فرويد الذي يركز على الحاجات أو العواطف الجنسية والعنصرية يحدد فروم ست حاجات اجتماعية أساسية هي: الحاجة للارتباط، الحاجة للمو، الحاجة للانتماء، الحاجة للهوية، الحاجة للإثارة، الحاجة إلى معتقد يصل كإطار للتوجيه.

- لم يبد اهتمام ببناءات الشخصية الفرويدية.

- اهتم بأثر الخبرات اللاشعورية، وذهب إلى أبعد مما ذهب إليه فرويد حيث يرى أن هناك لا شعوريا اجتماعيا يصل على كبت الخبرات والرغبات غير المقبولة اجتماعيا حيث يستخدم ميكانزمات اجتماعية ثقافية تشمل اللغة والقوانين وتلحرمات الاجتماعية. هذا اللاشعور يتدخل مع اللاشعور الشخصي. على أنه حال فهذه الفكرة تعني إخراج فروم بفكرة الكبت من مسئولها الشخصي ومن ارتباطها بالجنس والعنوان إلى المستوى الاجتماعي.

- يرفض أن يكون الإنسان مالياً فالإنسان يكافح من أجل التخلص من حزمه أمام سيطرة المادية ومن أجل تحقيق حاجته وذاته، والسيطرة على مادية المجتمع وميكانيكته الناتجة عن المادية المعرطة.

الصلوات الأساسية في نظرية فروم:

- منه الحاجات الإنسانية وتشمل الحاجة إلى الارتباط والموو والانتماء والهوية والحاجة إلى معتقد يمثل إطاراً مرجحاً للشخص.

- النمو وديناميكية الشخصية: يفسر نمو الشخصية تفسيراً تحليلياً ماركسياً حيث يرى أن الحرية المطلقة التي وهبتها الرأسمالية كوسيلة لتحقيق الذات هي الأساس في كثير من مشكلاتنا النفسية وحلصة على الأفراد من الطبقة الوسطى، إذ ألقت عليهم مسئولية كبيرة في سبيل تحقيق ذواتهم، ولهذا فإن

الحرية نفسها تصبح عبء على الفرد في الطبقة الوسطى، حيث يرى أن وجودهم في هذه الطبقة يشعرهم بأنهم أقل حظاً، مما يدفعهم للكفاح من أجل الصعود وتغيير الوضع الاجتماعي والاقتصادي وتحقيق الذات، إلا أن الجهد المبذول والمواقف التي تزيد من احتمالات الفشل أو مواجهة الفشل نفسه يشعرهم بالعجز، مما يؤدي بدوره إلى مشاعر القلق والحزن إضافة إلى مشاعر الحزن والفقد.

هذا يعني مزيد من الكفاح للتغلب على هذه المشاعر. هذا الكفاح قد يبقى سلبياً بهدف الفرد منه في نهاية المطاف إلى تحقيق ذاته (To Be) ويكون فيه شخصية منتجة، وقد يتحول إلى كفاح عصابي مرضي يكون هدف الفرد الأساسي فيه التملك (To Have). يرتبط ذلك بتوجه الفرد الذي يتلباه للشخصية السوية تكبى توجهاً منتجاً وتسلطاً مملوكاً اجتماعياً إنتاجياً، في حين تكبى الشخصيات الأقل سواء توجهت أقل سواء تشمل الشخصية المتأجرة، العنصرية، ويدهج في سبيل ذلك لأساليب غير سوية كالعنصرية أو الفسوق والمصارعة، وفي أحيان قد يقود ذلك إلى الانسحاب هذه الاستجابات السوية أو المرصية هي نتائج إرث الفرد للتعليمات الخارجية هذا الإرث بطبيعة الحال هو نتاج حدة هذه التحديدات مع طبيعة النمو الشخصي (المعبر عنه بأنماط الشخصية في نظرية فروم).

- أنماط الشخصية: في كلهما من أجل تحقيق حاجتها: الشخصية السوية التي تسعى لتحقيق حاجتها كوسيلة لتحقيق الشخصية (وهو ما أطلق عليه To Be) أي لتكون. والشخصية غير السوية التي تسطير عليها مائدة المجتمع فتتحول إلى عبد للمادة وتسمى للتملك من أجل التملك نفسه (وهو ما أطلق عليه النمط To Have) أي التملك. كما قسم الشخصية في علاقتها الاجتماعية وتفاعلها وأداء أدوارها الاجتماعية إلى: الشخصية المنتجة، الاعتمادية، الانسحابية والعنصرية والمتأجرة

هاري ستاك سوليفان : Harry stack Sullivan

هناك بعض الأحداث المهمة في سيرة سوليفان والتي يبدو أنها أثرت في بناء نظريته، أهمها:

١- العلاقة المنصمة مع الوالد رغم أنه لم يكن قاصدا. يقول سوليفان أنه وصل إلى سن الرشد وهو يلاقي مصاعب في الحديث بحرية مع والده.

٢- المراقبة الخجولة.

٣- الرقض من لرققة لأسلوب عقائدية.

٤- احتمالات الشذوذ الجنسي في مرحلة المراهقة.

٥- تمرض للفشل الدراسي في دراسته الجامعية رغم تفوقه في المرحلة الثانوية وذلك لأسباب اقتصادية في الدرجة الأولى، وحصل بعد ذلك على شهادة الطب من جامعة مينه.

العلاقة بين فكر سوليفان وفرويد.

١- تأثر بالفكار فرويد ويونج، كما تأثر من جانب آخر بالاتجاه المعرفي في علم النفس، ولهذا فقد استدخل هذا الجانب كواحد من المتغيرات في نمو الشخصية

٢- يتفق مع فرويد في أهمية الكبت، إلا أنه لم يصره تفسيراً فرويدياً بمعنى نقل الخبرات من الشعور إلى اللاشعور، بل استخدم مصطلح العزل ليؤكد وحدة الشخصية وهذا يؤكد توجهه المعرفي.

٣- تأثر بفرويد وبعض المعرفيين (هناك شبه كبير بين بعض أفكاره وأفكار بياجيه) في تأكيدهم على مراحل النمو النفسي.

٤- يؤكد كما فعل غيره من علماء التحليل النفسي أهمية الطفولة.

٥- لم يحدد بناءات للشخصية كما فعل فرويد أو يونج.

٦- ركز على أهمية العلاقات الشخصية المتبادل بدءاً بالعلاقة بالأم ثم المقربين لأعضاء المجتمع.

٧- تأثر في بناء نظريته ببعض خبراته الشخصية في المراقبة
النمو المعرفي والنمو النفسي:

Cognitive Development and Psychological Development

٨- أعطى سولويل أهمية كبيرة للنمو المعرفي، ويبدو أنه تأثر بالفكر علماء النفس المعرفيين من أمثال بياجيه، ويرى أنه من المتغيرات المهمة في تحديد طبيعة العلاقات المتبادلة، ومن ثم في بناء الشخصية، وقد حدد ثلاث مستويات للنمو يمكن تلخيصها في:

١- الخبرة المعكرة Prototxic ويعتمد نمو الخبرة في هذه المرحلة أو هذا الطور على الإحساسات التسلسلية Serial Sensations، ويتم للفرد فيها بالتمركز حول الذات، وعدم القدرة على إدراك ذاته ككيان منفصل عما حوله، كما تتم إحساساته بالانفصال (الانعزال) عن بعضها، وأيضاً يتم الفرد بعدم فهم العلاقات السببية.

٢- الخبرة التراكمية Parataxic، ويعتمد نمو الخبرة المعرفية في هذا الطور على الإحساسات المتعاقبة Sequential Sensations، ويقصد بها أن الفرد يدرك تعاقب الأحداث وتتابعها لكنه لا يدرك العلاقة السببية بين الأحداث، والمسببة لهذا التعاقب يدرك الفرد قدرته وإرادته، يقل تمركه حول ذاته، يؤس بالمسببة المعربة والإرادة هي السبب (الأشياء تحدث لأننا نريدها أن تحدث).

٣- للحبرة المنظمة Syntactic، وتعتمد حبرة الفرد المعرفية على إدراك الفرد للعلاقات السببية بين الأحداث Causal Sensations، ينتهي تمرکز الفرد حول ذاته، تستطع اللغة للتنبؤ بالأسباب، يستطيع إدراك العلاقات

والاستمرارية بين الماضي والحاضر والمستقبل. تنعكس هذه الخبرات المنظمة على طبيعة علاقته المتبادلة.

عملية التشخص والتجسيديات Personification

يبدأ إدراك الفرد لذاته خلال الطفولة ومن خلال عمليات الرعاية النفسية والبدنية والتربوية والتدريب والتي تقوم بها الأم لطفلها. ومن خلال تعاملها وتدريبها له يبدأ الفرد بتكوين مفاهيم تجسدية لذاته وذلك من خلال رؤيته للأم على أنها لم جيدة أو غير جيدة في الشهور الأولى إذ لا فرق بين ذاته ودلت الأم في هذه المرحلة، ثم من خلال رؤية وتقييم الأم لنتائج أفعاله، وتشمل هذه التجسيديات مايلي:

١- الذات الجيدة: يستخدم سوليفان مصطلح Good me لذلك (لأبد من إدراك الفرق ما بين I و Me وقد استخدمت Me للتعبير عن الذات كموضوع)، وتشمل السمات المقبولة من وجهة نظر الأم وبالتالي من وجهة نظر الطفل.

٢- الذات السيئة: يستخدم سوليفان مصطلح Bad me للإشارة إلى هذا الجزء من الذات وتشمل السمات غير المقبولة.

٣- الذات المعزولة (المنكرة)، يستخدم سوليفان مصطلح Not me للإشارة لتلك السمات المرغوبة بشدة والتي يتم عزلها وكبتها ليست جزء من ذات الفرد. هذا العزل المعرفي يعيق ارتباطها بالهجات أو المدركات الأخرى عن الذات.

٤- يستمر تأثير متبادل بين الفرد والآخرين مدى الحياة مما يعنى تأكيد بعض التجسيديات أو تغييرها، وقد استخدم مصطلح (Me-You) للإشارة للعلاقة بين ذات الفرد Me والآخرين You

القلق:

١- القلق أساسي في نظرية موليغان وينتج من الشعور بالعدم مشاعر الأمن في العلاقات الشخصية المتبادلة.

٢- يبدأ القلق مع بداية الحياة، وينتج من العلاقات الشخصية المتبادلة مع الأم في تفاعل مع القدرات المعرفية. في البداية لا تسمح قدرات الفرد المعرفية للرصيع بالتفريق بين ذاته وذات الأم، ولذا قبل قلقها أثناء الرعاية والرصاعة يعتبر قلقه، وقد عير عن ذلك في أربعة أوضاع من الأمهات مستخدماً كلمة (الحلمة Nipple) لتصل الأم كمصدر للإشباع في هذه المرحلة وتشمل:

- الأم (الحلمة وفق مصطلح موليغان) الجيدة المشبعة.
- الأم الجيدة غير المشبعة.
- الأم غير الجيدة المشبعة.
- الأم الشريرة (الحلمة الشريرة Evil Nipple).
- يستخدم الفرد نظام أمني Security-system (مشابه لفكرة فرويد عن ميكاترمات الدفاع، بل يمكن اعتبارها البديل المعرفي للفكرة). ويحتير العزل والانتباه الانتقائي من أهم الصلبيات المستحكمة لتحقيق الأمن وخفض القلق.

ديناميكية النظام النفسي The self-System:

استخدم مصطلح الديناميكات Dynamism ليشير إلى عملية تحول الطاقة إلى سلوك سواء كان ظاهراً أم خفياً شعورياً أم لا شعورياً والذي يؤدي إلى إشباع الحاجة.

نظام ديناميكي من العلاقات المتبادلة وخاصة في مرحلة الطفولة. و للديناميكية النفسية كما برأها تعبير عن نمط معتاد في العلاقة مع الآخرين Habitual pattern of relation to other.

١- يشمل النظام النفسي تلك التجسيدات (التشخيصات) المكونة من الذات والتي تشمل الذات الجيدة، الذات السيئة، الذات المرفوضة.

٢- من خلال العزل يتم التكيف مع الآخرين هذا العزل يتم من جانب بين الذات الجيدة والذات السيئة، كما يتم عزل الذات المرفوضة عنهما من جانب آخر كما يتم في حالة الاضطراب العزل بين الأفكار وبين الاتصالات وأيضاً بينهما وهذا ما يحدث لدى الفصليين.

٣- تتمثل وظيفة النظام النفسي في حصص القلق الناتج عن العلاقة مع الأم في البداية ثم مع الآخرين والرغبات غير المقبولة المؤدية للقلق مستخدماً استراتيجيات النظام الأمني Security system ومن أهمها العزل والانتباه الانتقائي.

٤- تبقى العلاقات مع الآخرين مهمة حتى في مرحلة النضج، ولقد خرج بمفهوم جديد يؤكد أهمية هذه العلاقات في تكوين شخصية الفرد ودقته وهو (أنا - أنت - Me-You) حيث تتغير التجسيدات التي نضعها للآخرين أو لدواتنا وفقاً لطبيعة التفاعل، كما تختلف استجابات الأفراد أو استجاباتنا وفقاً لهذه التجسيدات.

مراحل النمو المعرفي - النفس اجتماعي لدى سوليفان:

مراحل النمو	فصل	مراحل النمو الزمنية	بمو القلق والعلاقات الشخصية المتغيرة	نمو التفكير المعرفي	خصائص النمو
الرضاعة	١٨ شهر -	الرضاعة	السياسة - نمو القلق	خبرات بدائية ولصلايات منفصلة	بدء ظهور التجسيدات الجيدة والسيئة والمفصلة والتي تنشأ كتنجيبه لطبيعة التعامل مع الأم
الطفولة	١٨ شهر - ٥ سنوات	الطفولة المبكرة	من القلق إلى اللعب، المعية إلى وهي لعب	خبرات حسية تركيزية متتالية	علاقة ذاتية مع الاستخدام، بدء التمثل للحد والعدد، التمايز عن القلق، التكبد والتصرف (كما لو كان As if)، كما لو كان الأب مثلاً

مراحل تطور القلق	العصر	مواقفها من مراحل النمو الجنسية	تطور القلق والعلاقات الشخصية المتبادلة	نمو القلق المعرفي	خصائص النمو
الصبا	٩-٦ سنوات	انطوائية متوسطة	استخدام قواعد القواعد، الحاجة إلى صديق	خبرات ترثها من خبرات متعلمة وفهم العلاقات السببية	علاقة متعلمة وتفاعلية في اللعب الولاء الاجتماعي والتفكير الاجتماعي والتفكير عن المدرسة
ما قبل المراهقة	١٢-١٠ سنة	انطوائية متوسطة	الصداقة الصداقة مع صديق من نفس الجنس	خبرات متعلمة وفهم العلاقات السببية	علاقة إلى علاقة جيدة وصداقة مع نفس الجنس، تفكير غيراته وتوتها، بدء خبرة الحب غير الأكلي
المراهقة المبكرة	١٨-١٣ سنة	انطوائية متوسطة	الاعتماد بالجنس الآخر	خبرات متعلمة وفهم العلاقات السببية	علاقة إلى شريك من الجنس الآخر، تفكيره مع عائلته إلى الحب والأمن والعلاقة السببية
المراهقة المتأخرة	٢٠-١٩ سنة	انطوائية متوسطة	انطوائية متوسطة	خبرات متعلمة وفهم العلاقات السببية	علاقة إلى شريك من الجنس الآخر، تفكيره مع عائلته إلى الحب والأمن والعلاقة السببية
الزمن	٢٠-٢٠	انطوائية متوسطة	انطوائية متوسطة	خبرات متعلمة وفهم العلاقات السببية	علاقة إلى شريك من الجنس الآخر، تفكيره مع عائلته إلى الحب والأمن والعلاقة السببية

تفسير القلق والعصام بعلمية الطبيعة المعرفية:

من خلال عمله لمدة طويلة مع الفصليين توصل سولوفان إلى تفسير القلق والعصام بنسجم مع مصلحته النظرية، حيث ينسجم تفسيره لها مع مصلحته الأساسية في نظريته وهما أهمية أثر الخبرة المعرفية والعلاقات الشخصية المتبادلة. ولهذا يختلف إلى درجة كبيرة عن التفسيرات السابقة من حيث ارتباطها بدوافع متعددة كالجنس أو العنول أو من حيث ارتباطه بالخبرات اللاشعورية، حيث يرى أن القلق ينشأ من طبيعة العلاقات المتبادلة وطريقة تفسير الفرد لمدينة هذه العلاقة (الإبرك المعرفي) حيث يرى:

١- للمراحل المبكرة أهمية كبيرة.

- الطفل في مراحله الأولى لا يميز ذاته عن المحيط، ثم في مرحلة تالية لا يفرق بين ذاته أو مشاعره عن ذات الأم ومشاعرها، ولهذا فإن قلق الأم هو قلقه، ولأنه لا يقوم بأي فعل تجاه القلق على عكس الأم وهما شيء واحد للقيام بذلك، أما إذا كانت قلقة لم كانت سبب في القلق فإنه لا يمكن خصص قلق الطفل إلا بخصائص قلق الأم.

- في المرحلة الثانية تكون الخبرات تراكمية متعاقبة، إلا أنه لا يدرك العلاقة السببية بينها قلقة يرتبط بالنتائج السلبية الحادثة دون الارتباط بالسبب، حيث تصبح النتيجة مصدراً للقلق.

- في المرحلة الثالثة يرتبط القلق بالنتائج مرتبطة بشكل واضح بالأسباب.

٢- يتم عزل الخبرات المزعلة أو المقلقة ويبقى أثرها مستمرا، وكما هو الحال في الخبرات المكونة (من وجهة النظر الفرويدية) تبقى الخبرات المعزولة ذات أثر في شخصية الفرد

٣- عندما يزداد القلق بدرجة كبيرة تظهر الأعراض العصامية حيث تفصل الخبرات عن الوعي ومن مراقبة الذات، وهذا ما سماه بالخبرات المعزولة هذه الخبرات أساساً تتور حول موضوع مهم لدى الشخص قبل دخول الفرد في العصاب. هذا يعني أن العصاب يرتبط بالخبرات العاصية. إذا فهو تطور لعملية الحياة التي تتحول فيها بعض الدوافع إلى مركز اهتمام الفرد وعامل مشترك في الخبرات الاجتماعية.

ثالثاً: النظريات المعرفية:

منذ عام ١٩٦٠ بدأ التأكيد يتزايد على استخدام الأساليب والمداخل العقلية إلى دراسة الشخصية، كما ظهرت محاولات عديدة لاستخلاص أبعاد الشخصية من الفروق الفردية المتضمنة في العمليات المعرفية، ومع هذا التأكيد

على تلك العمليات انصحى الطماء يؤككون لا على محتوى تفكير الفرد وما يفكر فيه بل على أسلوب تفكيره وكيفية حدوث هذا التفكير.

بيد أن التعامل مع الأساليب المعرفية باعتبارها خصائص مميزة للفرد تميل إلى الثبات عبر مختلف المواقف ، ومن خلال الافتراض بوجود ارتباط وثيق بين تلك الأساليب والجوانب الأخرى من سلوك الفرد وحيثه فبقه يمكننا لقول بأنها نظريات للشخصية على الأصح لا نظريات في الإدراك .

ومن الأمثلة التي توضح هذا الاتجاه المعرفي في تناول الشخصية بالدراسة نظريه (ويتكن) في التفريق والتمييز ، ونظرية (كيلي) في المكونات الشخصية، ونظرية (هستجر) في التنظر المعرفي، وأسلوب العلاج العقلاني الاتمالي لدى (اليس) ونعرضهم فيما يلي:

· (ويتكن) Witkin

تعد نظرية وتكن في الشخصية نموذجا بالغ التفار والتفرق في هذا الصدد إذا ما قوربت بالأعمال التي قدمها كل من (فرويد ويونج) وغيرهما من المنظرين الذين سبق أن عرضنا لهم في الصفحات السابقة وقد نمت نظريته من خلال ما قام به من ملاحظات للفروق الفردية بين مجموعة من الأفراد الذين كلفوا بالقيام بمهمة إركيه لطلق عليها اختبار (العصا والإطار) فقد لجلس كل فرد من أفراد الدراسة في غرفة مظلمة تماما ثم طلب منه القيام بتعديل موقع عصا مضيئة لتصبح رأسية عمودية تماما عندما تعاط العصا بإطار عبارة عن مربع مضيء وبحيث يمكن إمالة العصا والإطار والمفصوص جميعا لتصبح في مواقع مستقلة عن بعضها بعضاً.

وقد افترض (ويتكن) أن الأسس الذي يقوم عليه أداء المفصوص في اختبار (العصا والإطار) يتمثل في قدرته على التنبط على المحيط الذي يطمر العناصر الأساسية في الاختبار أي في قدرته على تجاهل جوانب غير متصلة اتصالاً وثيقاً بحالة الاختبار بحيث تتصل المفصوص عن الأداء لتسلم لو قدرته

على الإقلال من التأكيد على تلك الجوانب حتى يتمكن من التركيز على الجوانب التي تمده بأساس للأداء السليم، كذلك فقد درس (وينكن) العلاقات بين درجات المفحوصين التي حصلوا عليها في هذا الاختبار وفي اختبارات إركين آخرين افترض فيهما قواس قدرة المفحوصين على التعامل على السياق لطامر أو المصالح عن الأداء السليم، وهما اختبار (تحليل البدن) الذي يتم فيه بجلائ للمفحوص على كرسي في غرفة بحيث يمكن إمالة المفحوص والكرسي بصفة مستقلة لهما عن الآخر واختبار معقد الأشكال المطمورة الذي يشتمل على شكل بسيط مخفي في شكل هندسي معقد.

وتدور نظرية (وينكن) في التخصصية حول "التمييز أو التفريق" كمفهوم أساسي، وهناك ارتباط واضح بين مفهوم التمييز أو التفريق والقدرة على تمييز الخط الراسي الحقيقي أو تمييز رقم مطمور في حلقة غامضة مثبوشة ولكن الارتباط في هذه النظرية يشير إلى تعدد التنظيم البنائي، فالنمو النفسي مثلاً يصبح تمييز وقد افترض (وينكن) أن درجة التمييز التي يسجها فرد ما سوف تنعكس في طائفة متنوعة من الأنماط السلوكية ولي مؤشرات للتمييز المستخلصة من أنماط سلوكية مختلفة سوف ترتبط بعضها ببعض ارتباطاً فيجدياً ومهما كان الأمر، فإن مدى قيام (وينكن) بقياس أي شيء آخر غير الذكاء ما زال موضع نقاش وتساؤل.

كيلي (١٩٠٥ - ١٩٦٧):

طرح (كيلي) رأياً معاده أن الشخص يتفاعل مع عالمه المحيط به بالطريقة ذاتها التي يتفاعل بها العالم، حيث يقوم بوصف العروص واختبارها لأن كل فرد يقوم بتفسير خبرته على نحو مختلف عن غيره فإنه أشار لأن كل فرد يقوم بتفسير خبرته على نحو مختلف من غيره فقد أشار إلى نظرية كيلي باعتبارها نظرية التكرين ويعد تصور كيلي لمفهوم القلق والتهديد من أكثر ما تتميز به نظريته من حقائق ذات دلالة مهمة بالنسبة لعلم النفس المرضي.

وفي الصداقات التلقائية يقوم علماء الشخصية غالبا بربط بين التلق
والتهديد مما كنهومين متعلمين فالقلق هو ما يحثه الفرد استجابة لوضع بيئي
مهدد انه إشارة تبديلي مطلق كل الاختلاف .

ويرى كيلي ان الشخص يعاني من القلق إذا لم يمدّه جهازه التكويني
بوسيلة يتعامل معها خبرة من الحيرت لو حين يعجز عن تسمية حبه ما أو
إحلالها لدخل الجهاز وعلى العكس من ذلك فإن الشخص يأتي من تهديد ما
بحسب يشعر بآن التغير أساسي على وشك الحدوث في جهازه التكويني فإذا كان
التغير بالغ العمق وإذا ما جوبهت تكوينات أساسية عديدة متكررة بالتهدي فإذا
كأن التغير بالغ العمق والقوة وإذا جوبهت تكوينات أساسية عديدة متكررة
بالتهدي فإن ذلك قد يفسى بالشخص إلى الانتحار وطبقا لوجهة نظر هذه فإن
التهديد حالة داخلية كالقلق ولا يمكن لمن يعاني منه أن يلقى بالأم على أحد آخر
فسيطرة المرأة على حياتها ومصيره يد أمرا شحصيا ، وقد صور كيلي مفهوم
الألم أو الذنب بطريقة متشابهة مع فهم مجرد تحديد الفرد لمواقع سلوكه لذلك هذا
الجهاز فاته يستطيع تحديد ذاته وهويته الشخصية بأنه أمين مستقيم يؤدي عمله
بمخلص وإصرار ... الخ ولكن سلوك المرأة قد لا يشق في بعض الأحيان مع
الجهاز التكويني وطبقا لكيلي فإن من يعاني من شعور بالألم دائما ما يكونون
بين سلوكهم وجهازهم التكويني من فجوة وتناقض وهو ما أشار إليه كيلي على
أنه خبره موخه مضغفة للذات .

البرق إلهس :

أولا فلسفة النظرية وتصورتها.

يرى بيرت إيليس أن النظرية تقوم على بعض التصورات والفروض
لمتعلقة بطبيعة الإنسان وطبيعة التعاسة والاصطرابات الاتعملية التي يعاني
منها ومن هذه للتصورات والفروض ما يلي:

- ١- أن الإنسان كائن عقل يملك حرية التفكير فتنبأ بدأ يفكر بطريقة عقلانية صحيحة يصبح ذا فاعلية أكثر ويشعر بالسعادة والكفاءة.
- ٢- أن الاضطرابات الانفعالية والنفسية هي نتيجة للتفكير غير المنطقي، وأن التفكير والافعال أهما منفصلين عن بعض بل يصاب كل منهما الآخر، وأن حقيقة الافعال هو تفكير غير عقلاني متحيز.
- ٣- يرجع التفكير غير العقلاني في أصله وبشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقي، فالفرد لديه استعداد لذلك التعلم ولأنه يكتسبه من والديه بصفة خاصة ومن المجتمع الذي يعيش فيه بوجه عام.
- ٤- أن الإنسان كائن عاطفي وعادة ما يتم التفكير من خلال الكلمات التي يستخدمها الشخص في الحديث الداخلي (حديثه مع نفسه) وبما أن التفكير يصاحب الافعال في التفكير غير المنطقي يستمر إذا استمر الاضطراب الانفعالي ويبقى الشخص المضطرب على اضطرابه بسبب الكلام الداخلي والأفكار الغير منطقية.
- ٥- أن استمرار الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات لا يتقرر بفعل الظروف والأحداث التي تميط بالشخص فقط (الأحداث الخارجية) وإنما يتحدد أيضاً من خلال إدراك الفرد لهذه الأحداث واتجاهاته نحوها.
- ٦- ينتمي مهجمة الأفكار غير العقلانية والانفعالات السلبية وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الشخص منطقياً وعقلانياً ويرى ليس أن هناك إحدى عشرة فكرة لو قيمة عقلانية وغير منطقية هي المجتمع العربي تؤدي إلى انتشار الاضطراب الانفعالي والنفسى وقد أبدته على ذلك كثير من الدراسات وهذه الأفكار هي.
- ١- أنه من الضروري أن يكون الشخص محبوباً لو مرضياً عنه من كل المحيطين به.

بمع أنه شيء جميل أن يكون الشخص محبوباً من الجميع وأن ما يقوم به من أعمال تكون مرضية لمن حوله، ولكنه من المصوبة بل من المستحيل أن ترعى جميع الناس أو أن تكون جميع أعمالك تنال استحسانهم.

٢- يجب على الفرد أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والمناسبة وأن ينجز ما يمكن أن يعتبر نفسه بسببه ذا قيمة وأهمية.

إن هذه الأمور التي يصعب تحقيقها، وإذا أصبر عليها فإنه قد يؤدي به إلى شعوره بالعجز والفشل إذا لم يتحقق ذلك، وبالتالي فقدان ثقته بنفسه.

٣- بعض الناس شر وقى وعلى درجة عالية من الخسة والجهن والنذالة وهم لذلك يستحقون العقاب والتوبيخ.

إن النظر إلى أعمال الآخرين والحكم عليها مباشرة دون مراعاة الظروف التي دعته إلى هذا السلوك فيه ظلم وجور عليهم، لأنهم قد أدوا بها ما لو جهل أو دون قصد لئلا يحد أو بسبب الغباء أو نقص في الذكاء أو غير ذلك، فعقابهم أو توبيخهم لا يقلل العبء ولا يزيد الذكاء.

٤- أنه من المصائب الفلحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد.

من الطبيعي أن لا تسير الأمور كما يريد الشخص لأن هناك عوامل خارجة عن إرادته تغير ما كل يأمله، ولذا يجب عليه أن يتكيف معها إن لم يحصل ما يتمناه وإن لا يتصورها على أنها كارثة أو مصيبة لأن ذلك لن يغير من الموقف بل قد يزيده سوء.

٥- إن المصائب والقاسية تعود أسبابها إلى الظروف الخارجية التي لا يستطيع الفرد التحكم فيها.

إن ما يعطي منه الشخص من تسمية أو اضطرابات تجاه الأحداث الخارجية راجع في المقام الأول إلى وجهة نظره واتجاهاته وردة الفعل التي يبالغ فيها تجاه الحدث الخارجي ويصمم تصور الأحداث ونتائجها.

٦- الإضياء الخطرة أو المخيفة هي اسباب لهم الكبير والانشغال الدائم للفكر وينبغي أن يتوقعها الفرد دقماً وأن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها.

إن الشخص العاقل يدرك أن الأحداث الخطرة الممكن حدوثها لا ينبغي توقعها بصورة تروث لهم والقلق لأن ذلك لا يمنع وقوعها بل قد يزيد من شدة وقوعها، وقد يكون تذكير القلق كخطر من تأثير الأحداث نفسها إذا وقعت.

٧- الأسهل للفرد أن يتجنب بعض المسؤوليات وأن يتحاشى مواجهة الصعوبات بدلاً من مواجهتها.

إن الهرب من تحمل المسؤوليات أو مواجهة المشكلات لا يقدم حلاً لها بل قد يزيد من صعوبتها، وقد يؤدي إلى مشكلات نفسية مثل الشعور بعدم الرضا عن الذات وعن الثقة بالنفس.

٨- يجب أن يعتمد الشخص على آخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه.

من الطبيعي أن يعتمد بعضنا على بعض في إنجاز ما لم نستطع إيجاره، ولكن ليس بالدرجة المبالغ فيها وليس من الضروري أن يكون هناك من يعتمد عليه في إنجاز مهمتنا أو اتخاذ القرارات الحاسمة بنا لأن ذلك يؤدي إلى فقدان الثقة بالنفس والاعتمادية على الآخرين في تسيير أمورنا مما يجعلنا تحت رحمتهم وبالتالي يفقدنا الأمن والاستقرار النفسي.

٩- إن الخبرات والأحداث المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر وإن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده.

يعتبر الماضي جزء مهم من حياتنا إذا اعتبرناه مستودع للخبرات التي نستفيد منها في وقتنا الحاضر والمستقبل، وأن السلوك الحاضر يختلف عن السلوك في الماضي ولذا فإن لكل من الحاضر والماضي ظروفه المؤثرة

فيه، وعلى ذلك لا يمكن التسليم بهذه الفكرة لأنها تؤدي إلى تجنب تغيير السلوك كنوع من التبرير أو الهرب من مسؤولية تغيير السلوك.

١٠- ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات.

عسما يكون الشخص مصطرباً أو لديه مشكلة لم يجد لها حل فإنه بحاجة إلى من يساعده في التفكير السليم ومناقشة الطول الممكنة لهذه المشكلة، فإذا ما حزن الفرد لمشاكل الآخرين واضطراباتهم فإنه بلا شك لن يقدم لهم المساعدة بحزنه بل سيكون سلبياً وعينا عليهم. كما أن الشخص عندما يكون مهتماً بمشاكل الآخرين والحزن لها، فإن هذا الاهتمام قد يؤدي إلى إهماله لمشاكله الخاصة والعمل على حلها.

١١- هناك دائماً حل صحيح لكل مشكلة والاعتقاد بوجوده يؤدي عادة إلى

القلق والاضطراب والفرد بين عدة حلول لغرض، كما أن الإصرار على ذلك يؤدي إلى حلول أضعف مما يمكن أن تكون.

إن مثل هذه الأفكار الغير عقلانية تكاد تكون عامة، وعندما يتم تقبلها وتدعيمها عن طريق التفكير الذاتي تؤدي إلى القلق والاضطراب النفسي لأنه لا يمكن العيش معها بسلام.

ثانياً: تفسير الاضطرابات والمشكلات النفسية:

يرى إيلس أن حقيقة ما يعنى منه الشخص من اضطرابات نفسية وفعالية لا يكون بالضرورة سببها الأحداث المباشرة التي تقع في البيئة الخارجية للشخص - وإن كان الشخص يعتقد ذلك - وإنما ترجع إلى أفكار ذلك الشخص تجاه الحدث، ولذلك فإن إيلس قد حدد العناصر الأساسية لنظريته في النموذج الذي أسماه ABC على النحو التالي:

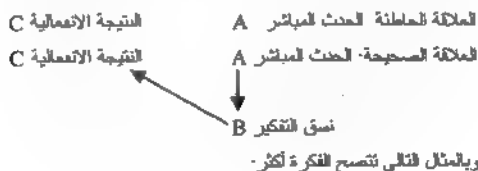
الحدث الذي يؤثر في الشخص: ويرمز له A (ACTIVATING) وهو غالباً يمثل المواقف التي تظهر فيها المشكلة النفسية أو القلق، وهذه الأحداث إما

أن تكون دلالية مثل الأفكار والمشاعر أو خارجة مثل المواقف التي يتعرض لها الفرد في البيئة.

الاعتقادات والأفكار التي تتطور لدى الإنسان حول ذلك الحدث: ويرمز لها B (BELIEF) وتلك الأفكار إما أن تكون جامدة ويطلق عليها الأفكار غير العقلانية أو مرنة ويطلق عليها الأفكار العقلانية، والأفكار غير العقلانية عادة تكون عبارات لوعية مثل (يجب، لا بد، ينبغي ..) وفي هذه الحالة إذا لم نلحظها نلحظها في تفكيره غير العقلاني سوف يكون هو السائد مثل (يجب أن يحمي الناس ...) (يجب أن نحصل على تقدير ممتاز ..) حيث أن أصحاب هذه الأفكار الجامدة يستنجون أفكار غير عقلانية أيضاً

النتيجة الانفعالية التي تنجم عن الاعتقادات والأفكار. ويرمز لها C (CONSEQUENCE) وهي السلوك النهائي أو النتيجة الانفعالية النهائية لمعتقدات الفرد بخصوص الحدث A، وكما هو معروف أن الذي يوصح لنا النتائج الانفعالية التي تنشأ من الأفكار الجامدة غير العقلانية ليس الحدث بحد ذاته، ولكنه معتقدات النفس وأفكارهم نحو ذلك الحدث. والمعتقدات الجامدة غير العقلانية تسبب الاضطرابات وتسمى بالنتائج السلبية، أما الأفكار المرنة العقلانية فهي التي لا تحدث بسببها الاضطرابات حتى ولو كانت النتائج غير مناسبة.

وبالرسم التوضيحي التالي نبين العلاقة للحاطنة والصحيحة بين الأحداث والتفكير والنتائج:



A - الحادث النشط

(الاختبارات)

B - الأفكار المرتبطة بالحادث

الشخص الثاني

- (أدبه فكر غير منطقية)
- لابد أن ألتجح في الاختبار
- يجب أن أحصل على معدل مرتفع
- إذا لم ألتجح فلما ألسن فاشل

الشخص الأول

- (أدبه فكر منطقية)
- الاختبار مقاييس للتفصيل الدراسي
- الاختبار فرصة للحصول على معدل مرتفع
- كل مسوب أمر محتمل ولكنه ليس نهائية كل شيء

C- النتائج المترتبة على B بخصوص A

نتائج فعلية غير مرغوبة

- القلق الشديد كلما يقترب موعد الاختبار
- العصبية والغضب لأي سبب بسيط
- عدم القدرة على التركيز أثناء الاختبار

نتائج فعلية مرغوبة

- المذاكرة بدون توتر أو قلق
- الهدوء والراحة النفسية
- التركيز أثناء الاختبار

نتائج سلوكية غير مناسبة

- بريدء الانطراف أثناء الاختبار
- جفاف الحلق أثناء الاختبار
- كثرة حركة اليدين والرقعة الأصابع
- البقاء قبل الاختبار أو إلتفاته
- فقدان الشهية للكل

نتائج سلوكية مناسبة

- تنظيم وقت المذاكرة قبل الاختبار
- إعطاء الجسم كفايته من النوم
- الاهتمام بتوجيهات قنالية
- أداء الاختبار بهدوء وبدون قلق

ثالثاً دور المايح العلاجي الانفعالي

يتلخص دور المرشد الطلابي في مساعدة المسترشد على التخلص من الأفكار غير العقلانية واستبدالها بفكرات واتجاهات عقلانية، وذلك بأن يثبت للمسترشد أنه غير منطقي ثم يساعد على أن يفهم لماذا هو غير منطقي من خلال توضيح العلاقة بين الأفكار غير المنطقية والاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه، ويبين له أيضاً أنه مستمر في اضطرابه الانفعالي ما دام مستمراً في تفكيره غير المنطقي ولما استمر في اضطرابه راجع إلى أفكاره غير المنطقية وليس الأحداث التي وقعت في البيئة الخارجية، كما يعمل المرشد

الطلابي قدر المستطاع على أن يجعل الممرشد يغير تفكيره ويترك الأفكار غير المنطقية، كما أن الممرشد يعلم الممرشد فلسفة جديدة يواجه بها الحياة حتى لا يكون ضحية لأكثر غير منطقية مرة أخرى.

خطوات العلاج العقلاني.

- ١- الإقناع القاطع الذي يهدف إلى إقناع الممرشد بمطلق العلاج العقلاني.
- ٢- التعرف على الأفكار غير العقلانية التي لدى الممرشد.
- ٣- تحديث مباشرة للأفكار غير العقلانية مع إعادة التفسير العقلاني للأحداث.
- ٤- تكرار المقولات الذاتية بحيث تحل محل التفسيرات غير العقلانية.
- ٥- وجبات سلوكية محددة لتكوين الاستجابات العقلانية لتحل محل الاستجابات غير العقلانية التي كانت سبباً في حدوث الاضطراب النفسي.

رابعاً: الأساليب العلاجية السلوكية المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي:

- ١- واجبات منزلية يكلف بها الممرشد.
- حيث تعتبر هذه الواجبات ركناً أساسياً في السلبية العلاجية، حيث أن الممرشدين الذين يزولون ويطلقون ما تعلموه أثناء الجلسات الإرشادية في حياتهم اليومية أو تفاعلهم مع الحياة الاجتماعية سوف يحطهم أكثر خبرة واستفادة من الذين لا يطلقون ما تعلموه. حيث تشير الأبحاث التي قام بها ألبرت إليس وبيرمون وزملائهم إلى أن الممرشدين الذين يزدنون واجباتهم المنزلية في أساليب العلاج العقلاني الانفعالي يحصلون على نتائج علاجية متميزة عن أولئك الذين يهملون واجباتهم ولا يزدونها. وهذه الواجبات المنزلية مثل:

- أ- مواجهة بعض المواقف التي لا يستطاع الممرشد مواجهتها وأنه يشعر بالحرج لو الفشل منها وتطبيق ما تعلمه من الممرشد تجاه هذه المواقف.

ب- تكليف المسترشد بقراءة كتاب أو موضوع تجاه الحدث الذي تثار سلوكه أو قلقه أو مخوفه ليكون لديه الاستبصار المعرفي بحقيقة الحدث المثير ومدى انحراف الأفكار عن الطريقة العقلانية في تناول الحدث.

ج- التعرف على الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية وتكوينها.

٢- أساليب التثقيف البديني أو الاسترخاء العضلي:

وذلك إذا شعر المسترشد بوزود الأفكار إليه يلجأ إلى ممارسة الرياضة أو أي مجهود بدني بحيث يتجه تركيزه إلى العمل البدني بدلاً من الأفكار أو يمارس عملية الاسترخاء كما في أسلوب التخلص المنظم من الضيقية (للتحسين التدريجي) في النظرية السلوكية.

٣- استخدام أساليب الإشراف الإجرائي في النظرية السلوكية مثل التحليل والطلب والتشكيل والتلقين وغيرها.

٤- أسلوب التحليل العقلاني الانفعالي.

وفي هذا النوع من الأساليب العلاجية يطلب من المسترشد أن يتخيل نفسه في موقف غير سار ومرعج بالنسبة له، كاليتخيل الطالب مثلاً أنه في قاعة الاختبار ومن ثم يطلب منه أن يتخيل نفسه وقد تغيرت فعله وشعوره بالقلق والرغبة إلى العمل أقل منه درجة، مثل تغير القلق الشديد إلى مجرد خوف بسيط يمكنه التخطي عليه، ومن ثم يسأل المعالج الفرد في كل مرة عن شعوره بعد تغير الأفكار، ثم يطلب منه أن يحدث نفسه ببعض الجمل والعبارة التي تخفف من شدة الاعمال مثل (إن هذا الاختبار لن يكون شيئاً إن شاء الله فقد بذلت فيه جهداً) وبحو ذلك. وبهذا يكون الفرد قد عرف الطريقة التي بواسطتها يستطيع أن يغير بها من مشاعره، ثم يكلفه المرشد بتتبع هذه الطريقة فترة من الزمن حتى يتقنها. وهكذا يمارس هذه الطريقة كلما جلسته الأفكار غير العقلانية في أي شأن من شئون حياته.

حيث يزول الاسترخاء البدني ومن ثم يتجيز الموقف التي يريد أن يضعها أو يقلل من درجتها

إبراهيم ماسلو :

قام عالم النفس الأمريكي إبراهيم ماسلو بصياغة نظرية فريدة ومتميزة في علم النفس ركز فيها بشكل أساسي على الجوانب الدافعية للشخصية الإنسانية. حيث قدم ماسلو نظريته في الدافعية الإنسانية Human motivation حاول فيها أن يصيغ تسقا مترابطا يفسر من خلاله طبيعة الدوافع أو الحاجات التي تحرك الملوك الإنساني وتشكله.

في هذه النظرية يترض ماسلو أن الحاجات أو الدوافع الإنسانية تنظم في تدرج أو نظام نظام متصاعد Hierarchy من حيث الأولوية أو شدة التأثير Prepotency ، فعندما تتبع الحاجات الأكثر أولوية أو الأعظم قوة وإلحاحا فإن الحاجات التالية في التدرج الهرمي تبرز وتطلب الإشباع هي الأخرى وعندما تشبع تكون قد صعدت درجة أعلى على سلم الدوافع ... وهكذا حتى يصل إلى قمته، هذه الحاجات والدوافع وفقا لأولويتها في النظام المتصاعد كما وصفه ماسلو هي كما يلي:

١- الحاجات الفسيولوجية Physiological needs. مثل الجوع، والعطش، وتجنب الأكل، والجنس... إلى آخره من الحاجات التي تحتم البقاء البيولوجي بشكل مباشر.

٢- حاجات الأمان Safety needs. وتشمل مجموعة من الحاجات المتصلة بالحفاظ على الحالة للراحة، وضمنان نوع من النظام والأمان المادي والمعنوي مثل الحاجة إلى الإحساس بالأمن، والثبات، والنظام، والحماية، والاعتماد على مصدر مشبع للحاجات، وصعق مثل هذه الحاجات يمكن أن يتبدى في شكل مغلوب مثل الخوف من المجهول، من العصور، من القوضى واختلاط الأمور أو الخوف من فقدان التحكم في الظروف المحيطة.

وماسلو يرى أن هناك ميلا عاما إلى الميلافاة في تقدير هذه الحاجات، وأن النسبة الغالبة من الناس يبدو أنهم غير قادرين على تجاوز هذا المستوى من الحاجات والدوافع.

٣- حاجات الحب والانتماء **Love & Belonging needs**: وتشمل مجموعة من الحاجات دفقت الفوجه الاجتماعي مثل الحاجة إلى علاقة حميمة مع شخص آخر الحاجة إلى أن يكون الإنسان عضوا في جماعة منظمة، الحاجة إلى بيئة أو إطار اجتماعي يحس فيه الإنسان بالألفة مثل العائلة أو الحي أو الأشكال المختلفة من الأظمة والنشاطات الاجتماعية.

أ- المستوى الأدنى أو مستوى الحب النشيط عن النفس **Deflect or D-love** وفيه يبحث الإنسان عن صيغة أو علاقة تخلصه من توتر الوحدة وتساهم في إشباع حاجاته الأسفسية الأخرى مثل الراحة والأمن والجس ... الخ.

ب- المستوى الأعلى أو مستوى الكونونة **Being or B-love**: وفيه يقيد الإنسان علاقة حميمة مع آخر كشخص مستقل، كوجود آخر يحبه لداقه دون رغبة في استملاكه أو تغييره لصالح احتياجاته هو.

٤- حاجات التقدير **Esteem needs**: هذا النوع من الحاجات كما يراه ماسلو له جانبان:

- أ- جانب متعلق باحترام النفس أو الإحساس الذاتي بالقيمة الذاتية.
- ب- والأخر متعلق بالحاجة إلى اكتساب الاحترام والتقدير من الخارج، ويشمل الحاجة إلى اكتساب احترام الآخرين، لسمعة الصنة، النجاح والوضع الاجتماعي المرموق، الشهرة المجد .. الخ.
- وماسلو يرى أنه بتطور الزمن والنصح الشخصي يصبح الجانب الأول أكثر قيمة وأهمية للإنسان من الجانب الثاني.

٥- حاجات تحقيق الذات Delf-actualization والحاجات العليا Metaneeds:

تحت عنوان تحقيق الذات يصف ماسلو مجموعة من الحاجات أو الدوافع العليا التي لا يصل إليها الإنسان إلا بعد تحقيق إشباع كاف لما يسبقها من الحاجات الأدنى، وتحقيق الذات هنا يشير إلى حلجة الإنسان إلى استخادم كل قدراته ومواهبه وتحقيق كل إمكاناته الكامنة وتنميتها إلى أقصى مدى يمكن أن تصل إليه وهذا التحقيق للذات لا يجب أن يفهم في حدود الحاجة إلى تحقيق أقصى قدرة أو مهارة أو نجاح بالمعنى الشخصي المحدود، وإنما هو يشمل تحقيق حاجة لذات إلى التسمي بحرفيم وغايات عليا مثل التكيف عن الحقيقة، وخلق الجمال، وتحقيق النظام، وتأكيد العدل ... الخ، مثل هذه القيم والغايات تمثل في رأي ماسلو حاجات أو دوافع أصيلة وكامنة في الإنسان بشكل طبيعي مثلها في ذلك مثل الحاجات الأدنى إلى الطعام، والأمن، والحب، والتقدير، هي جزء لا يتجزأ من الإمكانيات الكامنة في الشخصية الإنسانية والتي تلح من أجل أن تتحقق لكي يصل الإنسان إلى مرتبة تحقيق ذاته والوفاء بكل دوافعها أو حاجاتها.

ومسوف يؤكد بهذا القدر من الحديث عن تحقيق الذات هنا حيث أن هذا الجانب من نظرية ماسلو موقف يحظى بتصديق أكبر فيما يلي بطراً لأنه يمثل أبرز إضافات هذا العلم.

بعد تحقيق الذات يتبقى نوعان من الحاجات أو الدوافع هما الحاجات المعرفية والحاجات الجمالية ورغم تأكيد ماسلو على وجود أهمية هذين النوعين ضمن سق الحاجات الإنسانية إلا أنه فيما يبدو لم يحدد لهما موضعاً واضحاً في نظامه المتصاعد:

١- الحاجات الجمالية Aesthetic needs: وهذه تشمل فيما تشمل عدم إحتمال الاضطراب والفوضى والقبح والميل إلى النظام، والتناسق، والحاجة إلى إزالة التوتر الناشئ عن عدم الاكتمال في عمل ما أو سق ما.

٢- الحاجات المعرفية *Cognitive needs*: وتشمل الحاجة إلى الاستكشاف والمعرفة والفهم، وقد لُكِدَ ماسلو على أهميتها في الإنسان بل أيضاً في الحيوان، وهي في تصوره تلُذّ لشكالات متدرجة، تبدأ في المستويات الأدنى بالحاجة إلى معرفة العالم واستكشافه بما يتسق مع إشباع الحاجات الأخرى ثم تَنكُرُج حتى تصل إلى نوع من الحاجة إلى وضع الأحداث في نسق نظري مفهوم، أو خلق نظام معرفي يفسر العالم والوجود، وهي في المستويات الأعلى تصبح قيمة بمعنى الإنسان إليها لذاتها بصرف النظر عن علاقتها بإشباع الحاجات الأدنى.

تحقيق الذات أو مرحلة اللذات العليا:

يعد هذا الجاذب أهم ما تنفرد به نظرية ماسلو، إذ أنه حلول فيه لن يدرس ويفهم الشخصية الإنسانية من خلال الصحة، من خلال حالات اكتمالها وتوقها وليس من خلال حالات مرضها ومعضها أو تفككها، وهو مدخل ممكن لما هو مأساوي لدى الغالبية العظمى من علماء النفس واستعاب نظريات الشخصية.

من أجل تحقيق هذا الهدف قام ماسلو ببحث متعمق وشامل لمجموعة من الأشخاص الذين تمكنوا من تحقيق ذواتهم، أو حققوا إمكاناتهم إلى أقصى مداها، ويمكن اعتبارهم ضمن فئة حرم للتطور والنمو والاكتمال الإنساني. وقد شملت المجموعة بعض معاصريه من أمثال أينشتاين وروزلت ولبرت شعيرر، بالإضافة إلى شخصيات تاريخية مثل لينكرن، وجيفرسون وبيتھولس، وكل الصبج الذي قبعه في هذه الدراسة منهجاً إكلينيكياً أو بتعبير أدق منهجاً فسيولوجياً، استخدم فيه المقابلات الإكلينيكية، وملاحظات السلوك، ودراسة السير أو السير الذاتية ... الخ.

من خلال هذه الدراسة أمكن ماسلو تحديد عدد من الخصائص أو السمات التي رأى أنها تميز أولئك الذين وصلوا إلى مرحلة تحقيق الذات، وهذه السمات كما وضعها ماسلو يمكن إيجازها فيما يلي:

- ١- الإتجاه الواقعي، أو الإدراك السليم للواقع والعلاقة المناسبة معه. فمثل هؤلاء الأشخاص يتميزون بالقدرة على الحكم الدقيق على الواقع والتنبؤ بأحداثه، ليس نتيجة لحصن فائق أو قدرات خارقة، وإنما لقدرتهم على رؤية وإدراك الأشياء كما هي، دون أحكام مسبقة أو أهواء وتصبفت أو شوائب ذاتية، كما يشمل هذا أيضاً قدرتهم العالية على تحمل المصروف، وعدم الموضوع أو التجديد، وقد اعتبر ماسلو أن هذه السمة تمثل نوعاً من القدرة المعرفية لموضوعية لطلق عليها اسم معرفة مرحلة الكيونة.
- ٢- القدرة على تقبل النفس والأحرار والعالم الطبيعي كما هم.
- ٣- التفكيرية والبساطة والطبيعية: فهم لا يحافون أن يكونوا أنفسهم، ويتقون في مشاعرهم وسلوكهم تجاه الآخرين.
- ٤- القدرة على التركيز حول المشاكل بدلاً من التمرکز حول أنفسهم فهم مدفوعون بلباس غامر بالرسالة في عملهم يمكنهم من التركيز على المشكل بالفصل عن ذواتهم (بالمعنى السلبى والمعوق لما هو ذاتي).
- ٥- الحاجة إلى الخصوصية: ويوع من الاتصال عن الآخرين فهم يتحملون بل يرغبون في نوع من الوحدة التي تجعلهم يعرفون المزيد عن أنفسهم وفي اتصال قريب معها. كما يتميزون بأنه ليس لهم علاقات ملتصقة بشكل اعتمادى على الآخرين.
- ٦- الاستقلال عن الآخرين Independence والتوجه الذاتى Autonomy، ويوع من الاكتفاء بالذات Self-sufficiency.
- ٧- الاحتفاظ بالقدرة على الدهشة ورؤية الأشياء بعين جديدة: فهم لا يستسلمون للعادة، ولا يلحنون الأمور كمسلمات مهما طال احتكاكهم بها، وإنما تنظر رؤيتهم وتقديرهم للأفراد والأشياء في تجد مستمر دون نمطية جملة.
- ٨- القدرة على التعاطف والتوحد بالآخرين، أو بالإنسانية كلها.

- ٩ - القدرة على تكوين علاقات بين شخصية عميقة وقوية: وهم عادة يميلون إلى تكوين مثل هذه العلاقات القوية والصيقة مع أشخاص قليلين، منهم إلى تكوين علاقات معرفة واسعة ومسطحية.
- ١٠ - الاتجاهات والتقييم الديمقراطية: وهذا يشمل قدرتهم على احتمال وقبول الاختلافات لدينية والعرقية والطبقية والاختلافات السن والمهنة ... الخ، بالإضافة إلى الاحترام الحقيقي للرأي الآخر، والإيمان بأهمية تفاعل مختلف الآراء من أجل الحقيقة.
- ١١ - هم رجال مبادئ: ذوو عقيدة إيساقية شاملة تتجاوز هروق الأديان التقليدية.
- ١٢ - روح المرح لديهم ذات طابع فلسفي وليست ذات طابع عذري.
- ١٣ - القدرة الإبداعية والولع الشديد بالخلق والابتكار.
- ١٤ - تجاوز هروق الثقافات ومقاومة الخضوع والتغلب في حدود الثقافة المسندة.
- وبالرغم من أن محققى ذواتهم لا يميلون إلى حرق الأعراف والتقاليد بشكل راديكالي، إلا أنهم لا يسبقون المسبق القطيع وراءه، متفرضه أي ثقافة وإلما يختارون قيمهم واتجاهاتهم بشكل ناصح وحر، ويحاولون بهدوء وبشكل غير درسي أن يغيروا ما يرفضونه مما معروف للناس عليه وتقبلوا فيه.
- ١٥ - تماسك وتكامل الشخصية دون قسماق Dissociation أو تفككه Fragmentation.
- ١٦ - القدرة على تجاوز الاستقطاب الثنائي Dichotomy للتصايا.
- أن الأمور بالنسبة لمن حققوا ذواتهم لا تتمثل في قطاب ثنائية متناقضة هي صورة "لما"، "لو"، خير لو شر، ملاية لو مثالية، روح لو جسد .. الخ (وإنما لديهم القدرة على تجاوز هذا الاستقطاب إلى المستوى الولاى الذى يجمع النقص في حقيقة واحدة وهذا لا ينطبق فصب على

مواقفهم من القضايا، وإنما يتمثل أيضاً في سلوكهم الذي يعيشونه، فهم على سبيل المثال لا يصلون الحياة إلى عمل وجد في مقابل ترويح ولعب، وإنما يمتزج الأثنى في صيغة يكون العمل بالعبادة لهم فيها ترويح، والترويح نشاطاً جاداً هادفاً، كل ذلك افتعال أو اصطناع.

١٧- حيرت القمة Peak experiences: هذه القمة تحتاج إلى وقعة خاصة أطول من سابقها، لقد وجد ماسلو أن معظم من شملهم بحثه يشتركون في وصف نوع خاص من الحيرت سماها هو " بخبرة القمة"، وهذا لا يعنى أن هذا النوع من الحيرت يعد اكتشافاً جديداً، وإنما هو شئ عرف منذ قديم وسمى باسماء متباينة مثل الحيرت الصوفية Mystic experiences أو حيرت الوعي الكوسى Cosmic consciousness أو الحيرت المفارقة أو المتسامية Transcendental experiences وأفضل ماسلو هنا يتمثل في إحصاءه هذه الحيرت لدراسة هيومبولدجية واسعة ومتعمقة

هذا النوع من الحيرت يتمثل في فترات قصيرة يعيش فيها الإنسان في حالة خاصة من الوعي المتسامي أو المفارق. وهناك محاولات كثيرة لوصف هذه الحالة يرد فيها تعبيرات مثل: الإحساس بالنشوة العامرة، الرؤية الشفافة للوجود، المعرفة الكلية، الإحساس بالتحديد مع الكون.

وفي المستويات العليا من هذه الحيرت يصل البعض إلى وصف حالات من الوجود شبه الإلهي، إلا أن الجميع يجمعون في النهاية على أنها خبرة حية يصعب إلى أبعد حد أن تجدها الكلمات ولا يعنى في معرفتها بحق إلا المرور بها، أو كما يقول المتصوفة " من دلق عرف"

عن هذه الخبرة يقول ماسلو " أنها يمكن أن تكون قوية وشديدة التأثير إلى درجة تتغير بها شخصية الإنسان كلية، وإلى الأبد"، مثل هذه الحيرت رغم قصرها وعدم تولدها تعبير بإجماع كل من مروا بها - أعلى أنواع الخبرة والوعي الإنساني، والتجسيد الحي للذروة لكتمال الإنسان وقعة وجوده

ويبدو أن دراسة ماسلو المتنقة لمثل هذه الحبرفت قد ساهمت في نوع من التغيير في نظريته، فبعد أن كان يرى أن "تحقيق الذات" هو أعلى أنواع الحاجات وأرقى مراحل النمو فأنه في مرحلته الأخيرة بدأ يرى أن هناك مرحلة أو حلجة أعلى هي الحاجة إلى "تجاوز الذات Self-transcendence".

إن الصورة التي ترسمها هذه القفمة الطويلة من الخصائص والسمات بليقة بقدر كاف في تجسيدها لتلك المرحلة العليا من الدوافع الإنسانية كما وصفها ماسلو، ولا يحتاج الأمر إلى المزيد من الشرح والتوضيح.

وقد خرج ماسلو من دراسته لهذه الصورة التي يكتمل فيها تحقيق الذات ثم تجاوزها في بعض الأحيان، خرج من هذا بتصور لما سماه بمرحلة الكينونة Being بوصفها مرحلة التواجد في أعلى مستوى وجودي للإنسان، مرحلة تحقيق العليات بالفعل وليس مجرد المعنى من أجلها أو المكابدة في سبيلها، فيها يعيش الإنسان بالفعل قمة خبرات المعرفة، ومشاعر الحب، واكتمال السلوك، ويتحقق فيه "القيم العليا" مثل الكفاية، والجمال، والفرء، والصدق، والبساطة، والعدل، والحرية أو الاستقلال الذاتي .. الخ، وبالرغم من الندرة الشديدة في تحقيق مثل هذه المراحل العليا تحقيقاً مكتملاً، والصعوبة الشديدة التي تحف بمسيرة المعنى من أجلها، فإن ماسلو قد بين من خلال بحثه ودراسه أنها كمال لا تقع في منطقة من صنع خيال الإنسان أو أحلامه، وإنما هي واقع حقيقي يمكن أن يصل إليه البعض، مهما كان عددهم قليلاً.

كارل روجرز :

كارل روجرز ١٩٠٢-١٩٨٧ عالم نفسي أمريكي، تلقى تعليمه في جامعة وسليكن وكلية المعلمين بجامعة كولومبيا، حيث انصب اهتمامه على علم النفس الإكلينيكي. منح درجة الماجستير بجامعة كولومبيا ١٩٢٨ والذكثورة سنة ١٩٣١ وكان أول تعيين له بوظيفة هامة في مركز توجيه وانشستر Rochester Guidance Center ببيوريك حيث طور مادة كنهه

عن " العلاج الإكلينيكي للطفل المشكل The Clinical Treatment of the Problem Child (1939). وفي سنة ١٩٤٠ انتقل إلى جامعة أوهايو حيث كتب كتابه البالغ التأثير عن "الإرشاد والعلاج النفسي" Counseling and Psychotherapy الذي نشر سنة ١٩٤٢. وبعد ثلاث سنوات قبل روجرز تعيينه في جامعة شيكاغو: حيث أصبح مدير المركز الإرشاد. وفي سنة ١٩٤٦ انتخب مديراً للرابطة علماء النفس الأمريكيين American Psychological Association. ونشر روجرز أعمالاً من بينها أيضاً: العلاج المتمركز حول العميل. ممارسته الجارية ومضمونه ونظريته: Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implication and Theory (1951) وعدداً من المقالات التطبيقية في المجلات العلمية)

مبادئ لنظريات الذات:

تتلخص الأسس التي تعتمد عليها نظرية الإنسانية فيما يلي:

- ١- الكائن الحيوي Organization وهو الفرد بأكمله.
- ٢- المجال الظاهري Phenomenal وهو مجموع الخبرة.
- ٣- الذات وهي الجزء المتميز من المجال الظاهري وتتكون من نمط الإدراكات والقيم الشعورية بالنسبة لـ (أنا) وضمير (المتكلم). وقد أبرز روجرز طبيعة هذه المفاهيم وعلاقتها المتداخلة، سلسلة من تسع عشر قضية، وسوم نقم هذه القضايا والتي أهمها روجرز في كتابه (العلاج المتمركز حول العميل) (١٩٥١).
- ٤- من أهم أسس نظرية الذات أن العميل يجب أن يكون المحور الذي تتمركز حوله عملية التوجيه أو العلاج لا أن هذه النظريات تقوم على الإميل بل العميل لديه عناصر القوة والقدرة على تقرير مصيره بنفسه وعليه أن يتحمل المسؤولية التامة للقيام بذلك والإطار المرجعي للدخلي للعميل هو الحقيقة الموضوعية التي يجب أن يتوصل إليها المعالج وذلك بمحاولة

دحول عالم العمل الحاصل فإننا تم هذا تمكن المعالج من إله الله وجدانيات العمل واتصالاته ومساعدته على التوصل إلى البصيرة.

٥- يجب على المعالج أن يضمن على فترة المقابلة جوا من السماحة والتقبل ساء يساعد على التخميف من خطر التهديد الذي يهدد ذات العمل وهذا في صورة يساعد العمل على أن يتقبل نوعي في ذاته لم يكن ليتقبلها من قبل ومساعدته ذلك لمصا على التعبير عن وجدانيات كل من يجر عن التعبير عنها ويمهد تقبله لنصه لتقبله للآخرين.

٦- إن أهم عنصر في العلاقة العلاجية هو الحبب الإنفعالي فالتخفيض والمعلومات وتاريخ حياة الفرد ليس لها أهمية الجو الذي يصنعه المعالج على العلاقة بينه وبين العمل والذي يقوم على الإخلاص والشفقة والتقبل والاهتمام.

٧- التأكيد أن الفرد الإنساني ليس حيواناً وأنه ليس مجرد آلة إنما هو كيان كلي موحد قوي ذا إيجابية وإبداعية وطموحات في تحقيق الذات والوجود الشخصي والإنساني.

٨- الاهتمام بدراسة الإنسان وفهمه على أساس أنه كيان متكامل بدلاً من تقسيمه إلى ذات أو تقسيمه إلى وحدات نوعية تضاف إلى بعضها البعض.

٩- التأكيد على قيمة الإنسان وكرامته والعمل على تنمية قواه وإمكاناته الإيجابية يستوي في ذلك الفرد السوي وغير السوي.

١٠- الاهتمام بالخبرات الشعورية كما يعيشها الفرد ويعانيها والمعنى الذي تتحده هذه الخبرات بالنسبة له، والتأكيد على إدراكه لنفسه ولخبراته الشخصية وللآخرين والمجال المحيط به كأساس لتفسير سلوكه وفهم شخصيته هذا ويعمد مفهوم الذات Self مفهوم محوراً في معظم هذه

فانظريات كما يعد تحقيق الذات وتأكيدا الدافع الرئيسي الذي يسعى
الإنسان لإشباعه وهو يفرغ التوافق الفير يولوجية
معلومات النظرية.

تتضمن نظرية الذات أربعة مكونات تتلخص فيما يلي:

- ١- الخبرة: يمر الإنسان في حياته بسلسلة متواصلة من الخبرات، هي كل ما يؤثر في سلوكه من محيطه أو من دلالته، وهذه الخبرات بعضها يتسجم مع مفهوم الذات عند الفرد ويؤدي إلى تحقيق المرور والتوافق النفسي لديه، وبعضها يمر مروراً لأنها لا تتسجم مع مفهوم الفرد لنفسه (مفهوم الذات) ولا مع القيم الاجتماعية وبالتالي تؤدي إلى عدم الرضا وعدم التوافق
 - ٢- الفرد: يرى روجرز إلى لدى كل فرد دافعا قويا لتحقيق ذاته، وهو في تعامله مع المحيط والواقع الذي يعيش فيه يسعى لتحقيق ذاته بكسب حب الآخرين واحترامهم وتقديرهم وقبولهم له. وخصوصاً الجماعة المرجعية أو الأشخاص المهمين في حياته من أبوين ومعلمين ومسؤولين.
 - ٣- المملوك: السلوك هو ما يقوم به الفرد من نشاط عقلي أو جسمي أو هما معا من أجل إشباع حاجاته كما يدركها في الواقع. ومعظم المملوك يتفق مع مفهوم الذات والمعايير الاجتماعية وهذا يؤدي إلى التوافق النفسي عند الفرد، أما إذا تعارض سلوك الفرد مع فهمه لذاته ومع معايير مجتمعه فبأنه لن يرضى عن السلوك ويلجأ إلى إنكاره ويشعر بعدم الراحة والسعادة وسوء التوافق.
- والفصل طريقة لفهم مملوك الفرد - حسب روجرز - هي الحصول على المعلومات من التقارير الذاتية التي يكتبها الفرد عن وجهة نظره هو ومن خلال خبراته وبعد فهم سلوك الفرد يمكن تحليل الحافز منه من خلال تحرير مفهوم الفرد عن ذاته.

٤ المجال الظاهرياتي: وهو المدركات الشعورية للفرد في بيئته وهو عالم الخبرة المتغير باستمرار ويتعامل الفرد مع المجال الظاهري كما يدركه هو، سواء أكان إدراكه صحيحاً أم خاطئاً، والمجال الظاهري يرتبط بالجانب الشعوري من الذات وهو يختلف عن المجال غير الظاهري الذي يرتبط بالجانب الشعوري من الذات، وهو يختلف عن المجال غير الظاهري الذي يرتبط بالشعور والذي لا تعطيه نظريات الذات أهمية في تفسير سلوك الفرد.

الفرضيات النظرية.

قدم روجر مجموعة من الافتراضات تمثل مجتمعه نظرية متكاملة بالنسبة للشخص والسلوك، حيث تحول هذه النظرية تفسير الطواهر المعروفة السابقة وكذلك الحقائق الخاصة بالتحصية والسلوك. وتتضمن هذه الافتراضات ما يلي:

أولاً، أن كل فرد يوجد في عالم من الخبرات المتغيرة هو مركزه، وأن هذا العالم المتغير هو المجال الظاهري، وأن هذا العالم في معظمه لا شعوري، وجزءاً منه هو الذي يدركه الفرد شعورياً، غير أن هذه الخبرات اللاشعورية يمكن أن تصبح شعورية عند الحاجة. حيث أنها توجد في اللاشعور، هذا العالم الخاص من الخبرة لا يمكن أن يعرفه إلا نفسه، وأن الممارس لا يمكنه التعرف على هذا العالم إلا من خلال الفرد نفسه، ولكن قد لا يكون الفرد لديه القدرة على هذه المعرفة، ويقوم الممارس هنا بدور المساعد لتنمية هذه القدرة لدى العميل. وبداءً على ذلك سيكون الشخص لفصل مصدر المعلومات عن خبراته وعما يوجد في عالمه الخاص.

ثانياً: يستجيب الفرد للمجال الظاهري ككل منظم بمعنى أن الفرد يستجيب للمجال بطريقة جشطالتيية أي بعرض فكرة تجربة المجال.

ثالثاً: نزعة أساسية هي تحقيق وإبقاء وتقوية الفرد الذي يعيش الخبرة، فالفرد منظم واحد ديناميكي يحد الباحث الواحد فيه تفسيراً كاملاً للسلوك بأكمله

رابعاً سلوك الفرد في أسلمة محاولة موجهة نحو هدف، والهدف هو إشباع الحاجات التي يحبرها الفرد في مجالته كما يذكره.

خامساً كل سلوك موجه يصدر عن الفرد بصاحبه اتعمال يسهل له مهمته، وتختلف شدة الإفعال طابقاً لما يحمله الموقف من أهميته بالنسبة للفرد. سائماً إن أفضل محاولة لفهم السلوك تكون من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه والذي يفصح عنه في اتجاهاته.

سابعاً: تتمايز الذات في المجال الإدراكي الكلي والذات في مجموع الخبرات التي تنسب جميعها إلى شئ واحد هو الأنا.

ثامناً: نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة، ومع آراء الآخرين المستمرة تجاه الفرد يتكون مفهوم الذات، هو نمط تصوري منظم، مرن ولكن متسق من إدراكات وعلاقات إلى (أنا) أو ضمير المتكلم مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم.

تاسعاً: تشكل القيم المرتبطة بالخبرة المباشرة بالبيئة والقيم التي يستخدمها الفرد عن الآخرين جزءاً من بناء الذات.

عاشراً تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته إلى.

أ- صورة رمزية تترك وتظم في علاقة ما مع الذات.

ب- يتماثلها الفرد حيث لا تترك لها علاقة ببناء الذات

ج- يحال بينها وبين الوصول إلى صورة رمزية

بمعنى أن الإدراك فتقاني ويتحدد هذا الانتقاء بمحرك أساسي هو مدى

اتساق الخبرة مع صورة ذات لدى الفرد في أثناء عملية الإدراك

حادي عشر: اتساق الذات، تتسق معظم الطرق التي يختارها الفرد

لسلوكه مع مفهومه عن ذاته

ثاني عشر قد يصدر سلوك عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل إلى

مستوى التعبير الرمزي، وربما لا يتسق هذا السلوك مع بناء الذات.

ثالث عشر: بشأ مواء التوافق النفسي حيث يمنع الفرد عدداً من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ الشعور.

الرابع عشر: يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الحبرات الحسية والحشوية للفرد بأن تصبح في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسعة مع مفهوم الذات.

الخمس عشر: تترك الحبرات التي لا تتسق ومفهوم الذات كتهديد، وتقوم الذات دفاعاً ضد الحبرات المهددة عن طريق إنكارها على الشعور.

السادس عشر: في ظل ظروف معينة يمكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتعديل الخبرات إلى لا تتسق مع مفهوم الذات وجعلها متضمنة في بناء الذات.

السابع عشر: عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية فإنه يصبح بالضرورة أكثر نقياً للآخرين وأكثر تقبلاً لهم كشخصان متفصلين.

الثامن عشر: ولكي يتحقق للفرد توافق متكامل وصحي لا بد له أن يقيم خبراته باستمرار حتى يحدد ما إذا كانت هناك ضرورة لإحداث تعديل في بناء القيم.

أبعاد الذات

تتأثر الذات الظاهرية أو المدركة كجزء منفصل تدريجياً من المجال الإدراكي الكلي منذ يلد الطفل في تمييز ذاته الجسمية كشيء يبرز عن الآخرين في محيط بيئته ويبدأ في إدراك أن بعض الأشياء تخصه هو (للعمل وممتلكات مادية...) وبعضها يخص الآخرين ومن ثم يشرع في الإحساس بذاته وبناء تصور خاص عن نفسه في علاقته ببيئته والمحيطين به سواء أكان هذا التصوريجابياً أو سلبياً، وفعلياً لم يغير واقعي لذا تعدل الذات بمثابة الحواة للشخصية التي تتخضم من حولها كل مشاعر الفرد وأفكاره وتقويماته وكل ما

يدخل في مجال حياته أو يمت إلى هذا المجال بصفة يمكن القول إن للذات أربعة أبعاد هي

١- الذات الحقيقية: وهي تعني ما يكونه الفرد في الحقيقة فعلاً عن نفسه، وقد يكتشفها كل منا أو يقترب منها بقدر ما.

٢- الذات المنركة: وهي ما يعتقد المرء أنه بصفه وذلك في ضوء تقييمه وإدراكه لها من خلال تفاعلاته مع الآخرين والبيئة التي يعيش فيها وقد تكون الذات المنركة واقعية أو غير واقعية.

٣- الذات الاجتماعية: وهي صورة المرء عن بصفه كما يعتقدونها موجودة لدى الآخرين ممن يعيش معهم، وهي تتشكل من إدراكاته لكيف يعكرون فيه ويتوقعون منه.

٥- الذات المثالية: تصور الذات كما يتمنى المرء أن يحققها، ويجب أن يكونه نمو الشخصية.

يرى روجرس أن الطفل يولد مبروداً بدافع فطري لتحقيق ذاته وأنه خلال تفاعله مع ما يحيط به يدرع إلى تقييم ما يتعرض له من الخبرات على ضوء ما إذا كانت محققة أو غير محققة لذاته فيقبل على الخبرات الإيجابية ويعرض عن السلبية. وتتحقق الذات بداية من خلال إشباع الاحتياجات الأولية (الكيفية) ثم يتم الوعى بالذات ويتميز مفهومها كمنى مستقر يوجه السلوك، وتظهر معه (الاحتياجات جديدة مكتسبة تكون أكثر إلحاحاً من عملية التقييم وهي الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي. يتمثل في الحصول على تقدير الآخرين، خاصة من لهم أهمية في حياته ويتم عندما يترك الفرد بصفه أن عملية الإشباع ذاتها متبادلة بمعنى أنه ذاته مشبع لحاجة شخص آخر.

الحاجة إلى اعتبار الذات: تتشأ هذه الحاجة (التقدير) نتيجة لخبرات الطفل بإشباع أو إحباط حاجته إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين فإذا ما اكتسب الطفل تقديراً معياداً من الآخرين استلزمه في ذاته ثم بعده يتصرف بالكيفية نفسها تبعاً لتقييم الآخرين وأحكامهم عنه ليمارس تقدير الذات

الثالث والاعلاج المتمركز على العميل .

الاعلاج المتمركز حول العميل هو نوع من الاعلاج النفسي طوره كارل روجرز والمعالج بهذه الطريقة لا يوجه بل يتامل ويشجع العميل على توصيح النقطة، ويتبنى هذا الأسلوب على أساس أن العميل الفصل من يقدر على معالجة مشكلاته الشخصية. فالمعالج يوفر مناخا مستقلا لا يشتم بإصدار الأحكام لينتقل العميل على حل مشكلاته وأخيرا يطلق على هذا النوع من الاعلاج الاعلاج غير الموجه.

ويعني العلاج النفسي عند الإنسانيين يستهدف مساعدة العميل أو المسترشد على النمو النفسي السوي، ومحاولة لإحداث التطابق بين الذات الواقعية والذات المدركة (الذات عند الفرد كما يدركها هو) ومفهوم الذات للفرد كما يدركها الآخرون عنه، ويعني أيضا أن الإرشاد يركز على محاولة تغيير الذات للفرد كي تكون متطابقة مع الواقع، أو تحويل الذات المثالية عند الفرد (مثاليات الفرد في الحياة) إلى ذات واقعية (واقع الفرد كما هو عليه في الحياة) فإذا حصل هذا التحويل، حدث التوافق لدى الفرد، وهو دلالة على الصحة النفسية.

وتسمى طريقة العلاج المتمركز على العميل للمدرسة الظواهرية والمدرسة الإنسانية في علم النفس، وهي تركز على استبصار الفرد بذاته وبالخبرات التي شوهها أو جرحها أو أنكرها في محاولة لإنماجها أو التقريب بينهما (أي بين ذات الفرد وحقيقته) مما يعطي الفرصة لنمو الشخصية أو كما يقول روجرز للميولورة إلى ذات جديدة).

الاسم الطريقة الإنشائية وأسما للنظرية الإنسانية وهي تنقسم إلى قسمين

الأول هو التلقائية Spontaneity: وهي جعل العميل أو المسترشد يستبصر بالأمور والمشكلات التي يعاني منها، والتي من حلها تظهر له نتيجة معهومة عن ذاته ومفهوم الآخرين عنه، ومن خلال هذا الاستبصار Insight يلخص مدى الاختلاف بين مفهوم ذاته وممارساته الفعلية وحقيقته.

الثاني هو التعاطف Empathy: الذي يعني تلقي العميل أو المرشد للتشجيع على الاستمرار في الجلسات الإرشادية والقبول، ويعني هذا القبول تقبل المرشد للمرشد بكل عيوبه وسيناقته فضلاً عن استشفاف مشاعر العميل أو المرشد لحظة بلحظة ومشاركته فيها، وإحساسه بالاهتمام على حل مشكلته وكيفية يصل العميل أو المرشد إلى مرحلة الاستئصال بأسبب مشكلته، فإنه يحاول أن يفهم ذاته الحقيقية، ويتقرب في التعرف عليها أثناء الجلسات الإرشادية من خلال الإمكانيات والقدرات والظروف التي يتحدث عنها في الجلسات الإرشادية لأن المشكلة بمصطلح حسب ما نراه هذه النظرية هو الصراع بين تحقيق الذات بوصفها حاجة غريزية) والتحقيق الإيجابي للذات (أي تحقيق الذات وفقاً للمعايير الاجتماعية والأخلاقية السائدة في المجتمع).

أهداف العلاج المتمركز على العميل أو الشخص.

يهدف هذا العلاج إلى مساعدة العملاء لكي يصبحوا أشخاصاً يتصرفون بالأداء الكامل ومساعدتهم على حل مشكلاتهم. وهذا بالكشف عن ذواتهم الحقيقية وعناصر خبرتهم الشخصية المخفية وذواتهم بحيث لا يقتنعوا بالإنصاف الكلي لتوقعات الآخرين، ويظهر الشخص عندما يرتفع تحقيقه لذاته.

وقد وصف روجرز الشخص الذي يحقق ذاته بأنه يمثل فيه أربع صفات هي:

- ١- الانفتاح على الخبرات.
- ٢- الثقة في كونه العضوي.
- ٣- تولف مركز تقييم دلطي.
- ٤- الاستعداد للتحويل إلى عملية (أي: ممارسة للمثل والعكس).

ويعني الانفتاح على الخبرات تصور الواقع كما هو دون تشويه والاستجابة للموقف الجديد كما هو وليس كما يريد المرء ليطبق نموذجاً متصوراً من قبل ومن خلال الانفتاح على الخبرات يتم التوصل إلى معلومات

متوفرة حول الموقف ومن خلال الإدراك المباشر لكل من النتائج المرضية وغير المرضية فإن الفرد يتمكن من تصحيح انطباقه الخطأ وبذلك يتولد الإحساس بالثقة وال ضبط الذاتي Governance-Self.

الأساليب والتقنيات المستخدمة في العلاج:

صاغ روجرز مجموعة من الفنيات كي تستخدم كأساليب لتحقيق الشروط المسهلة للعلاجية، وتهدف إلى التأكيد من تحقيق هذه الشروط وهي هيأت تتجه في الحقب الأكبر منها نحو مشاعر العميل وتتضمن هذه الفنيات ما يلي:

١. فنية تقبل المشاعر Feelings Acceptance Technique.

وهي فنية تتلخص في ضرورة أن يتقبل المرشد المشاعر الموجبة التي يعبر عنها العميل بالكيفية نفسها التي يتقبل بها المشاعر السلبية بشرط ألا تتم مقابلة المشاعر الموجبة بالاستئصال أو المدح بل يتم تقبل المشاعر الموجبة كجانب من الشخصية لا يقل ولا يزيد قدرًا عن المشاعر السلبية.

وتتضح هذه الفنية العلاجية في أن هذا التقبل الذي يحدث بالنسبة لكل الاتجاهات الحسنة والاتجاهات الاجتماعية ولكل من المشاعر الإثم والتعبير الموجبة عن المشاعر هو الذي يعطى الفرد الفرصة لأول مرة في حياته لأن يفهم ذاته على نحو ما هو كائن، هي ظل هذا التقبل الكامل، لا تكون هناك حاجة لدى الفرد لأن يحفي مشاعره السلبية حلب دفاعاته مبلاً من أنه لا يجد فرصة لأن يتجاهل أو يعرط هي تقديم مشاعره الموجبة، وفي ظل هذا التقبل الكامل للمشاعر يصل العميل إلى مرحلة الاستبصار وفهم الذات ويمثل هذا الاستبصار جانباً مهماً في العملية العلاجية الكلية

٢. فنية عكس المشاعر Feeling Reflection Technique

وتتمثل هذه الفنية أهمية كبرى في العلاج غير التوجيهي وهي تعني ببساطة شديدة تكرار المقاطع الأخيرة التي يقولها العميل أو إعادة محترى

ما يقوله العميل أو تكرار ما يقوله العميل أو جانب مما يقوله بدرجة صوت نكين العميل فهم المعالج له، ولكن دون استجسا أو استهجان أي إعادة صياغة مشاعر العميل في كلمات تعكس جوهرها حيث يحاول المعالج أن يمرض للعميل مرآة لفظية Verbal mirror تمكن العميل من أن يرى ذاته بدرجة أكثر وضوحاً وتبديده في التخلص من الصراعات الانفعالية التي تكون مدمرة لتحقيق الذات

مما لا شك فيه إن فية عكس المشاعر هي إحدى وسائل تحقيق الشرط المستقل المعروف بالفهم المتعاطف Empathic Understanding إذ أن عكس المعالج لمشاعر العميل واتجاهاته وحبراته - سواء تلك التي يعيها العميل شعورياً أو تلك التي يدركها فقط بشكل غامض - يساعد العميل على فهم ذاته وحبراته الحقيقية فضلاً عن أن ذلك يؤكد للعميل أن المعالج على درجة عالية من الفهم المتعاطف لكل ما يقوله بل ولكل ما يجري بداخل العميل فيتحقق بذلك شرط للفهم المتعاطف من خلال تلك العبة.

٢. فنية توضيح المشاعر Calcification Technique Feeling:

وتعني إعادة إقرار جوهر ما يحاول العميل قوله " أي له عندما يحتاط الأمر على العميل في محاولته التعبير عن مشاعره، فإن مهمة المعالج عندئذ تتمثل في مساعدته على استيضاح هذه المشاعر حتى يتمكن له التعبير عنها بوضوح، ولكن بشرط ألا يتجاوز المرشد ما يجبر عه العميل بالعمل، لأنه من الخطر الحقيقي تقويل العميل ما لم يقل.

ولما يتحقق المرشد من المشاعر التي يعبر عنها العميل فإنه يقوم بإيضاحها له دون تقييد أو تلويحات أو امتداح أو انتقاد أو نصيحة، إنما يكون تركيزه مقصوراً على مساعدة العميل على أن يرى بوضوح، وأن يتقبل تلك المشاعر التي يكون قادراً على التعبير عنها

٤. تقنية الاتوجيهية Nondirectiveness Technique:

واللاتوجيهية عند روجرز تعنى عدم التوجيه أو النصيح أو التأييد أو الإرشاد المباشر من جانب المعالج للعميل، وإنما السماح للثروة الحقيقية لدى الشخص بل تتبثق، فالمرشد لا يفعل أي شئ لتوجيه (المعطيات) التي يتم التعبير عنها بمعنى أنه لا يطرح أي تساؤلات من شأنها توجيه المقابلة ولا يطلق أي تقييمات من شأنها استحداث الدفاع أو إعاقلة التعبير ويكون دور المعالج مقصوراً على استجابات العميل وعكسها ونوصيها

وتتضح أهمية هبة للاتوجيهية في العملية العلاجية من خلال المقابلة غير التوجيهية حيث إنها طريقة غير متحيزة تمكن من سير أغوار الأفكار والإدراكات الخصوصية لدى الفرد في صوة مألوف تتضح أن العلاج غير الموجه هو الذي لا يتدخل فيه المعالج للتأثير في اختيارات العميل أو في تفكيره أو في كيفية النظر إلى الأحداث فالمعالج لا يسأل ولا يفسر ولا يشرح ولا ينصح وإنما يحكم ما يقوله العميل فقط بلفظه هو وذلك ليتيح للعميل إبراز مخرى ما يقوله وتصحيح مساره الملوكي بنفسه إذا لزم الأمر.

ولا يعني ذلك أن عمل المعالج يكون سهلاً وسليماً وإنما هو عكس ذلك حيث تبصت المعالج باهتمام بالغ لما يقوله العميل ويعرف أين وكيف ومنى يتدخل؟ وماذا يقدم لمساعدة العميل على ريادة وعيه وإبرازه؟ كما أنه يتخصص صورة مفهوم الذات لدى العميل ليحدد أين هو وماهية وجهته

استراتيجيات العملية العلاجية للمتمركزة على العميل

من أهداف العلاج المتمركز على العميل هو تمهيد وجود مناخ يعرف فيه العميل ذاته بصورة جيدة، بحيث يستطيع تحمل مسؤوليته لفحصية لوجوده، كما يضع سلطة الرقابة الذاتية بين يديه.

ويتلخص جوهر العلاج المتمركز على العميل في قول روجرز "إن، أمكنني تقديم نوع معين من العلاقة، فلي الشخص الآخر سوب يكشف داخل

ذاته القدرة على استخدام هذه العلاقة في النمو والتغيير، مما يؤدي إلى حدوث النمو الشخصي^٦

ومن الواضح أن الشروط الأساسية وضرورة توفيرها في العلاقة بين المعالج والمعمِل ضرورية لكي تساعد على التغيير والنمو. وهذه الشروط ستؤدي بدورها إلى إقامة علاقة حميمة تتسم بالاطمئنان والأمل والمساعدة وتولد لديه الثقة تمكنه من الاعتماد على المعالج، مما ينتج عنها الدعم والتغيير والنمو

ومن وجهة نظر روجرز يمكن إجمال هذه الشروط المعيبة للتغيير الجوهري في شخصية المعمِل فيما يلي:

- ١- يجب أن يكون المعمِل على اتصال نفسي بالمعالج.
- ٢- لا بد أن يكون المعمِل في حالة من عدم الاتساق، وأن يتم تعريضه لمواقف تظهر مسطحة وتثير قلقه، حتى يتمكن من إحراز نجاح فعلي في عملية العلاج النفسي.
- ٣- لا بد أن يكون المعالج النفسي شخصاً متكاملًا بصورة سليمة، قادرًا على الانسجام في علاقة حميمة مع المعمِل، ليتمكن من التوصل إلى أسباب اضطرابه.
- ٤- الإهتمام غير المحدود بالمعمِل، بمعنى آخر أن الرعاية القائمة للمعمِل كهيئة بلرضاء الحاجات الشخصية للمعالج.
- ٥- لا بد أن يشخص المعالج النفسي - بشكل دقيق دون إخلال بالمواظف كما أن تحول المعمِل إلى إنسان محقق لذاته، تتضمن ثلاث مراحل رئيسية وهي:

المرحلة الأولى: تتضمن العلاج غير الموجه:

في هذه المرحلة يستقبل المعالج المعمِل في جو من التسامح ومناخ يعيد عن أي تدخل، وتتمثل هذه العبة الرئيسية التي يستلزمها المعالج في مساعدة

العمل على توصيحه خبراته الشخصية بهدف الوصول إلى الاستبصار بداته
ويحيته

المرحلة الثانية: التلمذ:

تتمحور هذه المرحلة على تلمذ مشاعر العمل، وتجنب أي موقف
مهذب لفحصيته من خلال علاقة العمل بالمعالج، وتساهم هذه المرحلة على
تطابق وتمسك معاهم الذات المثالية ومعاهم الذات الواقعية.

المرحلة الثالثة: زيادة المشاركة الشخصية:

تتم هذه المرحلة بزيادة المشاركة الإيجابية للمعالج، باتحاد دور أكثر
فعالية، وبالتالي يمر العمل من خلال تعلمه كيفية استخدامه لخبراته الزاهية.

الفصل الرابع

صور من الأمراض النفسية واضطراباتها وعلاجها

الفصل الرابع

صور من الأمراض النفسية واضطراباتها وعلاجها

أولاً: الهستيريا Hysteria

يشقق لفظ الهستيريا لعرباً من لفظ رحم المرأة uterus or womb وفي مجال علم النفس يشير مصفب الهستيريا إلى ردود الفعل للتفككية أو التحليلية dissociation أو ردود الفعل للتحويلية conversion وتعتبر من أهم الأمراض دفت الشاة الميكولوجية .

والاعتقاد السائد لدى الإغريق قديما هو أن الهستيريا تنتج من تحول أو انتقال رحم المرأة من مكانه واحفل البحث في الهستيريا مكان الصدرية لدى كثير من علماء النفس ومن بينهم (فرويد وجاكيت) شاركوه أن في أسبابها عنصراً وراثياً يهيئ الفرد للإصابة بالهستيريا.

تعريف الهستيريا

مرض نفسي عصبي فيه تظهر اضطرابات تفاعلية مع خلل في اعصاب الحس والحركة وهي عصاب تحولي فيه تتحول الاتفاعلات المرمنة إلى اغراض جسمية ليس لها أصل عصوي لحرض فيه ميرة للفرد أو هروبا من الصراع النفسي أو من القلق أو من موقف مؤلم دون أن يدرك الدافع لذلك وعدم إدراك الدافع يميز مريض الهستيريا عن المتأخرس الذي يظهر المرض بعرض محدد فيه .

نمط الانتشار

تصيب لدى الأطفال والمراهقين لحوم نصوص الجهاز العصبي وكذلك في مرحلة الشيخوخة التي يلغد الجهاز العصبي حللها في الصمور كما تحدث لدى أفراد الجنسين وإن كانت نمبة شيوعها لدى الإناث أعلي منها لدى الذكور .

أسبابها .

- ١- تلعب الوراثة دوراً هاماً في الحماية بينما تلعب البيئة الدور الأكبر ويرجع إيمان بافلوف Pavlov وأخصائى للتصير الفسيولوجي الهستيريا إلى صعب قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي وعادة ما يكون للمريض الهستيريا ذا تكوين جسمي نحيف وأهن .
- ٢- أسباب نفسية منها :

- الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية .
- الصراع الشديد بين الأنا الأعلى والهو والتوفيق من طريق العرض الهستيريا .
- الإحباط أو خيبة الأمل في تحقيق هدف أو مطلب .
- الفشل أو الإخفاق في الحب .
- الزواج غير المرغوب فيه وغير المسعد .
- الحرمان ونقص المصطف .
- التمرکز حول الذات بشكل طغى .
- عدم نضج الشخصية .
- عدم النضج الاجتماعي .
- عدم القدرة على رسم خطة للحياة .
- التنازل المفرط والحماية الزائدة .
- الصغور الاجتماعي
- المشكلات الأسرية .
- التوتر النفسي والهموم .
- الرغبة في المصطف .
- استكثار اهتمام الآخرين .

• الحساسية النفسية .

• سرعة الاستئثار .

• عدم النضج الإنفعالي .

٣- من الأسباب المعجلة أو المباشرة الفضل في الحب أو صدمة عيفة أو تعرض لحادث أو حرق أو جرح .

٤- كون أحد الوالدين شخصية هستيرية فيأخذ الطفل عنه لكتساب السمات الشخصية الهستيرية .

أعراض الهستيريا :

• سوء التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد .

• الفضل في مواجهة المواقف والمشكلات .

أنواع الهستيريا :

١- الهستيريا التحويلية :

كان فرويد يطلق هذا الاصطلاح على التحول الحقيقي لطاقة المريض الجنسية إلى أعراض مرضية والتي كانت في جوهرها رمزية أو كانت تمثيلا لمرضا للدافع المكبوت ولكن ليس من الضروري أن تكون ردود الفعل التحويلية نحزى إلى أسباب جنسية كما ذهب فرويد .

والحقيقة الثابتة أن الأعراض التحويلية تساعد في خفض قلق المريض عندما تعجز حيله الدفاعية الأخرى عن التأثير وتمتاز الأعراض في الهستيريا بفعاليتها في كبت قلق المريض ولذلك يتحدث جقيت عن عدم شعور المريض بالقلق أو الاهتمام بالأعراض مهما بلغت خطورتها كالفمى أو شلل الأرجل كذلك يتمنع الهستيري بسطع المحيطين .

وبطبيعة الحال فإن أعراض الهستيريا التحويلية سيكولوجية في نشأتها وليس عضوية فالأعشى لا يستطيع أن يرى ولكن عينه تكون سليمة عضويا وكذلك مراكز الإبصار وخلاياه في المخ والشخص المشلول تكون عضلاته

وأعصابه سليمة ومع ذلك لا يقوى على الحركة، ومن هنا فإنه يلاحظ وهو يتحرك أثناء النوم ويحرك أجزائه المشلولة حركة طبيعية ولكن هذا لا يعنى بأي حال من الأحوال أن المريض يطم على المستوى الشعوري أنه سليم غير مشلول بل إنه يصبر على الطبيب أو الجراح أن يفحصه حتى يجد " العطب " فيصلحه .

أعراض الهستيريا التحويلية :

١- أعراض حركية :

- الشلل الهستيري paralysis.
- فقدان الصوت أو الخرس الهستيري aphonic.
- لرعشة وارتجاف الأطراف tremors.
- التزمات أو التفضات الحركية tics.
- القوباء الهستيرية fits.
- الغيبوبة الهستيرية coma.
- الاضطرابات الجلدية dermatitis artifact.
- الجوال الهستيري gaits.

٢- أعراض حسانية :

- العمى الهستيري .
- الصمم الهستيري .
- فقدان الشم والتذوق الهستيري .
- الألم الهستيري .
- فقدان الحساسية الجلدية an aesthesia.
- الحطار الهستيري .
- انعدام الحساسية العامة .

٣- أعراض حسوية :

- تقلد الشهية .
- الصداع .
- الشعور بالعزلان .
- القلق الهستيري .
- الحمل الكاذب .

٤- أعراض أخرى :

- اضطراب الوحي .
- السعال الهستيري .
- الهستريا الطمعية .
- البرود الجنسي .

٥- الهستريا التفكيرية :

من أكثر الحالات جنبا لانتباه الرجل العادي.

(أعراضها)

١- فقدان الذاكرة manias

حيث يفقد المريض ذكركته بالنفسية لخبرات أو أحداث الهمة خاصة مكبونة وعندما يواجه موقفا في حياته يستثير تلك الخبرات تترع ذكركته ويشكل معانجى إلى التمثل وذلك لتجنب ما ينشأ عنها من توتر وقلق وقد يستمر هذا لفقدان لساعات أو لأيام وقد يستمر شهورا وربما يتمكن المريض من تذكر ما قبل الخبرات وما بعده فيأتي لفقد على شكل فجوات Gaps وقد يميز فيشمل أحداث عثرة رمسية طويلة ومن صور اضطراب الذاكرة عند الهستيريين تزييف الوقائع واعطاء تفاصيل كاذبة عن أحداث وقعت بالفعل وقد يلقق

المرضى كثيرا من القمص الوهمية من خياله كما لو كانت واقعية دون قصد أو دراية .

٢- الجوال القوي somnambulism

وقبه يتصل الجهاز الحركي عن بقية الأجهزة فيسير المريض خلال نومه لفترة قصيرة يعود بعدها النوم وقد يمارس أثناء مشيه سلوكا محكما أو بسيطا وربما عدوفا لاستحالة قولمه بذلك أثناء لوقطة إلا أنه يكون خلال هذه الحالة على علاقة ضعيفة بما يحيط به وعندما يصحو من نومه فإنه لا يتذكر شيئا مما فعله ويشعر لدى الألفل أكثر من لدى البالغين .

٣- الانكفاد أو الهياج (الشروء الهستيري (hysteria)

وفي تلك الحالة لا يقدر المريض ذكرته بالقبسة لحولته السابقة وإما يخرج من صله أو مسكته على غير هدى لفترة قصيرة أو طويلة يتخذ فيها هوية جديدة وحياة جديدة وعندما تعود له ذاته الحقيقية يدعش ويكاد لا يدري مما فعله شيئا يذكر .

٤- تعدد الشخصيات multiple personalities

حيث يتضمن المريض شخصية أخرى أو أكثر ويقوم خلال تلك بطريقة لا شعورية بآتيان بعض التصرفات التي يأتيا بشخصيته الحقيقية وكما هي عليه في الواقع ويتم التغيير فجائيا من شخصية إلى أخرى ويرتبط ذلك بطبيعة الضغوط وشحتها على الفرد .

مثل الهستريا :

يلتحق أن حوالي ٥٠% من مرضى الهستريا يتم شغلهم تماما مع العلاج المناسب وأن حوالي ٣٠% يتصنون تصنا ملحوظا وأن حوالي ٢٠% يتصنون تصنا ملحوظا وأن حوالي ٢٠% يتصنون تصنا بسيطا أو تستمر معهم الأعراض .

وبالرغم من ذلك فإن مال الهستيريا أفضل كلما كان بدء المرض فجائياً
وحداداً واستمر لمدة قصيرة قبل بدء العلاج وكلما كان المكسب من وراء
المرض ليس كبيراً وكلما كفت العلاقات بين الشخصية الأمرية ملوثة نسبياً
وكلما كان المريض متوافقاً مهنياً .

علاج الهستيريا

١- العلاج النفسي:

يتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها وقد يستخدم
الأخصائي التقويم الإيجابي لإزالة الأعراض ولحب الإحباء والإقناع دوراً هاماً
هنا ويستخدم التحليل النفسي للكشف عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض
والدوافع اللا شعورية وراءها ومعرفة هدف المرض ويقوم المعالج بالشرح
لوالديه والتفسير الكافي للأسباب ومعنى الأعراض كذلك يفيد العلاج النفسي
المسري والعيش في واقع الحياة ويستخدم العلاج الجماعي خاصة مع الحالات
المتشابهة ويجب أن يعمل المعالج باستمرار مع إثارة تعاون المريض وتلمية
بصيرته ومساعدته في أن يفهم نفسه ويحل مشكلاته ويحاربها بدلاً من أن يهرب
منها ويقع ضحية لها ويلاحظ أن بعض المعالجين يستخدمون نوعاً من الحقن
لتسهيل عملية التنفيس والإحباء والإقناع .

٢- الإرشاد النفسي :

ولذلك للوالدين والمراقبين كالزوج والزوجة ويصح عدم تركيز الطاقة
والإهتمام بالمريض أثناء الفترات الهستيرية فقط لأن ذلك يثبت الفتيات لدى
المريض لاعتقاده أنها التي تجنب الانتباه إليه

٣- العلاج الاجتماعي:

العلاج البيئي وتحديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فيها
المريض بما فيها من أخطاء وضغوط أو عقبات حتى تتحسن حالته .

٤- العلاج الطبي :

وبذلك للأعراض ويستخدم علاج للتنبية الكهربائي أو علاج الرجفة الكهربائية وفي بعض الأحيان يلجأ للمعالج إلى استخدام الدواء النفسي الوهمي placebo ويفيد لفئة كبيرة .

تعبيراً: الفوبيا Phobia

لأنك في الانفعال يسهل الملوك ولكنه قد يسبب كثيراً من المشاكل فقد يتعلم الشخص أو يتعود بعض الانفعالات غير الملائمة أو المشددة بالنسبة للمواقف المختلفة كذلك يضع الفرد نفسه في مواقف انفعالية متكررة ويؤدي ذلك إلى عمليات فسيولوجية مستمرة تزداد بدورها إلى عرقلة وظائف الجسم ومن أمثلة ذلك الفوبيا .
تعرّفها .

إن استجابة الخوف حيلة دفاعية لاشعورية يحول المريض أشتاءها عزل القلق الذاتي من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حقيقة اليومية وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه وأنه لا يوجد أي خطر عليه من تعرضه لهذا المنبه وبالرغم من معرفته قائمة، بذلك إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على هذا الخوف والذي يمثل الخوف من شيء آخر دخله يمرر به هذا الخوف الخارجي ومن ثم لا يولجه الصراع الداخلي بنفسه ويحوّله إلى مواقف خارجية رمزية

وتأتي كلمة فوبيا phobia من الكلمة الإغريقية phobos والتي تعني الرعب أو الخوف أو الفزع ويدرك المريض أن مخاوفه ليست عقلانية وغير مقبولة وأنها مسانحة وسخيفة ومع ذلك يظل حائفاً منها وفي الماضي كانت تصنف الكلمة الإغريقية إلى الكلمة المعبرة عن الشيء المحبب نجد مثلاً كلمة acrophobia التي تعني الخوف من الأماكن العالية ولكن لكثرة الموضوعات

التي يمكن أن تكون مثيرة للخوف توقف هذا الدمج بين الكلمتين. ومن أمثلة
الخوف الشادة (الخوف من الرقم ١٣) .

نسب الانتشار

يختبر من أكثر الأمراض النفسية شيوعا حيث يصيب حوالي ٨% من
مجموع الشعب. وبصفة عامة يكثر في مرحلة الطفولة وقد يظهر في المراهقة
وقد يظهر بعد ذلك ولكن بنسبة ضئيلة ،

انتشاره في الغرب

ينتشر بنسبة ما يقرب من ١٤٠٧ % وقد لوصفت الدراسات أن
الفوبيا تنتشر بنسبة ٢% من الأمراض العصابية ومن أهم الدراسات وأصدقها
على الفوبيا دراسة تمت في المجتمع السعودي وكانت نسبة انتشاره ١٣ % .

انتشاره في الوطن العربي :

دراسات قليلة التي تمت عليه وتسمت نتائجها بالخصوص وقد توصلت
إلى أن نسبة الانتشار ١٣% أي ما يوازي النسبة في المجتمع السعودي .

النوع الفوبيا "الوهاب" :

- الخوف من القدرة .
- الخوف من الميكروبات .
- الخوف من بعض الحيوانات .
- الخوف من السفر بالطائرة أو المركب أو القطار أو السيارة .
- الخوف من الأمراض .
- الخوف من المكوث بالمنزل .
- الخوف من السفر لمسافات طويلة .
- الخوف من الأماكن الضيقة أو الواسعة أو المرتفعة .
- الخوف من الامتخانات .

أمراض القوييا :

الإجهاد، سرعة ضربات القلب، العرق العرير، الشعور بعصاة في الحلق، القشيان، ارتجاف الأطراف، قىء، صعوبة في البلع، الإغشاء، لصلن بهراغ ومجبة في المعدة.

يظهر الخوف مصالجا لعدة أمراض مختلفة ولذا يجب عدم التسرع بتشخيص الخوف لأنها أحيانا ما تحى وراثها لمرضا لحرى. في استجابة الخوف هي أحد الأعراض الهامة لمرضى القلق النفسى وعلاء " قلق الرهبي " phobic anxiety وأحيانا ما تكون استجابة الخوف هي أعراض الهستريا الانشاقية خصوصا في الشخصيات الهسترية، وهذا الخوف المريض في الهروب من مواقف معينة أو مواجهة أحد الشدائد لجلب الاهتمام لذاته، أما إذا بدأ الخوف فجأة بعد سن الأربعين نشك في حالة اضطراب وجداني مثل ذهان المرح الاكتئابي "كتئاب سن اليأس (السواد الارتدادي) والذي كثيرا ما يظهر في هيئة استجابة الخوف، كذلك لا نستطيع أن نعلم احتمال أن يكون مرض عصوي في الجهاز العصبي مثل تصلب الشرايين.

ويبدأ بعض مرضى القفصام خاصة فصام المراهقة باستجابات خوف غامضة وغريبة وبعض الشك والأعراض الخيالية مما يحتم علينا وصع ذلك في الاعتبار .

ويظهر مرض الخوف كأحد الأعراض القهرية في مرض الوسواس ويعتمد علاج استجابة الخوف على السبب الأول للمرض النشئ عنه الخوف سواء أكن مرضا نفسيا أم عقليا أم عصويا واستجابة الخوف تكون :

- ١- غير متنسبة مع الموقف .
- ٢- لا يمكن تفسيرها منطقيا .
- ٣- لا يستطيع التحكم فيها إراديا .

٤- تؤدي الي الهروب وتجنب الموقف المثير.

ومن أمثلة القوف او الرهاب

١- رهاب الخلاء (الأمكن المتسعة) *Agro phobia*

يشمل محلوب الخروج من المنزل او الحول إلى المحل أو الرهام أو
الأمكن العلقة أو السمر وحيدا في القطرات أو الأتوبيسات أو الطائرات ويكون
سمة متكررة الحدوث.

ويعتبر أشد اضطرابات الرهاب إعاقه حيث أن بعض الأشخاص
يظلون جيمسي المنزل تماما وكثير من المرضى يرتحون من فكرة التهيز في
مكان عام وتركهم دون مساعدة وغياب مدد للخروج هو أحد السمات الجوهرية
هي كثير من المواقف التي تثير رهاب الخلاء وأغلب مرضى رهاب الخلاء من
النساء ويبدأ عادة في مقتبل العمر ويشعر بعض مرضى الرهاب بالانمرال
والوحدة حيث أنهم يتجنبون المواقف مصدر الرهاب .

مؤشرات تشخيصية

١- أن تكون الأعراض النفسية منها وخاصة بالجهاز العصبي اللاإرادي
أعراضا أساسية للقلق وليست ثانوية لأية أعراض أخرى كالتصللات
أو أفكار وسواسية.

٢- أن يقتصر القلق أو يهيمن في فتيين علي الأقل من المواقف التالية:
رحام أو أماكن عامة أو السمر بعيدا عن المنزل أو السمر وحيدا أو
مساحقت محوطة أو البقاء وحيدا .

٣- يعتبر تجنب مواقف مصدر الرهاب سمة بارزة ويمكن تسجيل وجود
أو غياب اضطراب الهلع في أغلب مواقف رهاب الخلاء

هند التشخيص الفارق:

يشعر بعض مرضى رهاب الخلاء بقلق من القلق لأنهم قادرون على تجنب المواقف مصدر الرهاب، لما في حالة وجود أعراض أخرى كالإكتئاب ودوبات الهلع واختلال الأتية والأعراض الو سوسية والرهاب الاجتماعي، فإن ذلك لا يلغي التشخيص. ومع ذلك إدار كل الشخص مكتئباً فعلا حين بدأت أعراض الرهاب في الظهور عندئذ يصبح تشخيص نوبة اكتئابية هو التشخيص الأساسي الأكثر ملائمة ويشيع ذلك في الحالات التي تبدأ متأخرة .

٢. الرهاب الاجتماعي social phobia

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلي تجنب الواقع الاجتماعية وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقدير ذاتي منخفض وحواف من النقد، وقد يظهر علي شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة اليد أو غثين أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مقتنعا أن واحدة من هذه المظاهر القوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلي نوبات طلع وهي أكثر أنواع الرهاب انتشارا وتزداد سجة انتشارها بين (٨ - ١٠%) من مجموع الشعب وثبت زيادة النسبة بين الشعب العربي والمصري .

مميزات تشخيصية :

يجب ان تمتثل في كل الشروط من أجل التكد من التشخيص :

- ١- يجب أن تكون الأعراض سواء النفسية أو تلك الحاصلة بالجهاز العصبي اللاإرادي مطهراً أساسياً للقلق، وليست ثانوية لأعراض أخرى مثل ضلالات أو أفكار وسوسية
- ٢- يجب أن يقتصر القلق ويطب في مواقف اجتماعية محية .
- ٣- يتم تجنب المواقف الرهابية كلما كثر ذلك ممكناً

عند التشخيص الفارق

كثيراً ما يبرز رهاب الحلاء والإضطرابات الاكتئابية مع الرهاب الاجتماعي أما في الحالات الشديدة فقد تتسببه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالممرل مع مصاعفت رهاب الحلاء وإذا كان التمييز بين الحالتين صعباً جداً، يعملي التفصيل لتشخيص رهاب الحلاء. وبالرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية إلا أنه لا يجب تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرف بوضوح على وجود زملة اكتئابية حاصلة .

٧. رهاب معقد (منفرد) Specific (isolated) Phobias

هو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاكتراب من الحيوانات، الأماكن المرتفعة، الرعد، الظلام، الطيران، الأماكن المظلمة، تناول مأكولات بعينها، طيب الأسفل، منظر الدم أو الجروح، الخوف من التعرض لأمراض معينة. وبالرغم من أن الموقف المثير محدود، إلا أن التعرض له قد يثير رعباً كما في حالات رهاب الحلاء أو الرهاب الاجتماعي، وتبدأ أنواع الرهاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها وتوقف مدة الإعاقة على سهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرهابي ويتميز الخوف في الرهاب المحدد بأنه غير متنبئ بعكس رهاب الحلاء وأهم الموصوعات الشائعة للخوف من الأمراض التناسلية وحديثاً زمنة نقص الماعة المكتسبة (الإيدز) .

ثانياً. فوبيا الأطفال.

وبالنسبة لمحاول الطعولة هي إحدى الدراسات التي تناولت أطفال من ٥,١٢ سنة كفت غالبية المحاول كما يلي :

- الأحداث الحارقة للطبيعة مثل . الشياطين والسر ١٩,٣%
- بقاء الطفل وحده في الظلام أو في مكان غريب أو بقاء الطفل نائماً ١٤,٦%

- الهجوم لو خطر الهجوم أي هجوم الحيوانات على الطفل ١٣,٧% .
- الجروح الجسمية، المسقوط الأمراض، السيليك الجرلحية، الألام والأذى ١٢,٨% .

• ولكن هل تعد هذه المخاوف مخوف فوبيا ؟

الواقع أن معظمها ليس فوبيا ذلك لأن الخوف القوي لا بد وأن يتصف بالديموم النسبي كما لا بد أن يفود تجنب الفرد للموقف المخيف .
وهناك الخوف من المركبات ومن الأشياء المنزلية ومن الخوف من القدرة ومن المدرسة.

والفوبيا من بين الأمراض النفسية واسعة الانتشار فكل منا مخاوفه ولكنها لا تعمق أنشطتنا الحيوية ؛ أما فوبيا الخروج من المنزل فتعوق نشاط الفرد اليومي وهناك الخوف من البرق والرعد والخوف من التلوث .

ومن الجدير بالذكر أن الشخص القوي يشعر بالخوف إذا كان في الموقف المخيف لو رأى الشيء الذي يثير مخاوفه ولكنه لا يحاف منه في عيبته .

تفسير الفوبيا : تفسر الفوبيا على النحو التالي:

أولاً: وجود خبرة خوف مروعة في معظم الحالات التي يكون المريض قد نساها .

ثانياً: استجابات شرطية في موقف يؤدي إلى الحوف في الغالب في الطفولة المبكرة

ثالثاً: إسقاط رمزي لحوف عام أو لصراع عام في معظم الحالات حيث يسي المريض السبب الحقيقي. والمعروف أننا ننسى الخبرات المولمة والخبرات غير المقبولة اجتماعياً ولنا كبت تفسير تحليلي ولا شك أن الفوبيا تعبير عن أفكار أو خبرات مرتبطة بشعور الذنب

علاج القوبيا.

مريض القوبيا يدرك تماما أن محاولته غير مقبولة ولذلك فإن العلاج للقائم علي الإيحاء المباشر لا يعيد، كذلك نجد أن مواجهة المريض فجأة بالشيء المخيف قد يطلق مستوى عاليا من القلق يؤدي إلي وقوع الرعب والفرع، لكن مريض القوبيا يكون من ناحية أخرى شديدة الانشغال والاهتمام بعرضه العصبي وعلى درجة من الصيق والبرم به بحيث يكون دافعه قويا في التماس العلاج وفي الحالات القائمة علي الرمزية نجد العلاج النفسي المتعمق يكون موجها نحو الاكتشاف التدرجي المنظم لأنواع الصراع الأساسية الموجودة لدى المريض .

رابطاً: الوسواس القهري:

وهو مرض نفسي يتميز بوجود أفكار أو تنفاعات أو دوافع حركية متكررة وحاطنة مثل غسل اليدين مئات المرات والتفكير في الله والكون وماهية الفرد والخوف من الميكروبات والأمراض ... الخ وبالرغم من معرفة المريض التامة بتفاهة أو عدم مقبولية هذه الأفكار والحركات وبالرغم من مقاومته الشديدة إلا أنها تسيطر عليه وتشل حركته وتسبب له الإعاقة النفسية وعقلية شديدة ويجب أن نفرق بين هذه الأفكار القهرية والاعتقاد الخاطي " الهداء " .

فالمريض بالوسواس القهري يعطى علم اليقين بعدم صحة أفكاره أما المريض بالاعتقاد الخاطي فهو مقتنع تمام الاقتناع بصديق اعتقاده .

التعريف

الوسواس القهري مرض عصبي يتميز بالآتي :

وجود:

(أ) وسواس في هيئة أفكار أو تنفاعات أو محووف

(ب) أفعال قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية وعادة ما تسبب الأفكار القهرية قلقاً ومعاناة شديدة ويقوم المريض بالأفعال القهرية للتخفيف من الألم الأفكار .

ويكون المريض على يقين بتفاهة هذه الوسوس ولا معقوليتها ومعرفته الأكيدة أنها لا تستحق منه الاهتمام " ويحاول المريض طرد هذه الوسوس وعدم الاستسلام لها ولكن مع طول مدة المرض قد تصعب هذه المقاومة .

ومع الوقت يزداد إحساس المريض بسلطة هذه الوسوس وقوتها القهرية عليه مما يترتب عليه شلله الاجتماعي وألم نفسية وعقلية شديدة .

فلمريض بالوسوس القهري يحلم علم اليقين بعدم صحة أفكاره وإذا فهو يعاني من مرض عصبي، أما المريض بالاعتقاد الخاطئ فهو مقتنع تمام الاعتقاد بصديق اعتقاده وإذا نعتبر مرضه ذهانيا .

والحق أن كثير من ألعاب الأطفال يكون لها طابعها قهرياً، مثال ذلك التلميذ الذي يعد السلام أثناء هبوطه أو تسلقه والذي يتخف الحجر بقممه من المدرسة إلى المنزل وكذلك عند العودة أو يسير خطوة على الرصيف خطوة على الأرض وهو يحلم بتفاهة هذه الأعمال ولكنه لا يستطيع لتوقف عنها .

وكذلك الكثير من العادات والتقاليد يلعب فيها العامل القهري دوراً هاماً فعندوة الحصان على المنزل تمنع الصيد ويوم الجمعة ظهراً ساعة النصح وسكب الملح على المائدة يبعث على الشؤم وهكذا، ثم نبع الزهر قبل لعب الطاولة ثم الطقوس التي يقوم بها الفرد قبل حروجه من المنزل من شرب الشاي وقراءة الجرائد وحلق الدفن والاستحمام والإفطار وبطرق منتظمة إن اختلف عنها شعر بعدم الراحة والقلق رغم معرفته أن تغيير هذا الروتين لن يضر إطلاقاً والطالب الذي يستمر طوال الامتحان مرتدياً نفس الروي الذي امتحن به ليوم الأول ولجأ أثناء الامتحان وأصبح يتشام من غيره .

ملحق حدوث عصاب الوسواس والقهر

عصاب الوسواس والقهر من أقل الأمراض النفسية شيوعا ونسبة المصابين به حوالي ٥% من مجموع مرضى العصاب والذكور أكثر إصابة بهذا المرض من الإناث وقد يبدأ المرض في أواخر العشرينيات من حياة الفرد ويشاهد عصاب الوسواس والقهر أكثر في الطبقات الاجتماعية الأعلى وعند الأشخاص الأذكى .

الشخصية قبل المرض :

تسمى الشخصية في هذه الحالة " الشخصية الوسواسية القهرية " ومن أهم سماتها الجمود والتمرت والعدا والبخل والتردد والتشكك والتفكير والحذر والخلقة والاهتمام بالتفاصيل وصعوبة الفوائد والتباعد والتمركز المنطوق حول الذات، ويتسم الشخص في نفس الوقت بسياسة وينظما الصميم والفصيلة والتمسك بالكمال والأخلاق وحس النظام والنظافة والطاعة والهدوء ودقة المواعيد والتمسك بالحقائق والواجبات ويكون ذكاء الشخص عادة متوسطا لو فوق المتوسط وهكذا يبدو صاحب الشخصية الواسواسية شخصا فاضلا .

ومن أمثلة الشخصيات الواسواسية القهرية

- ١- الموظف الروتيني المتزمت الشكلي الذي يسرف في المراجعة والتفكير والتفرد ويعززع من المرونة والتصرف ويتعرب من اتخاذ القرارات البت السريع .
- ٢- ربة المنزل التي تصل ليل نهار في نظافة المنزل والأطفال والملابس والأواني... الخ .
- ٣- العائش التي تسطر عليها فكرة محددة تعتقد أنها سبب غروستها وتقوم بتماط سلوكية قهرية لحل فيها حلا (أو فكا) لحظتها .

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة الوسواس القهري فقد وجد أن بعض أبناء المرضى يعانون من نفس المرض كذلك الأخوة والأخوات هذا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجدت في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرض الوسواس القهري في مصر يظهر في ١٦ مريض من ٨٤ حالة أي حوالي ٢٠% أي النسبة قريبة من النمب الأخرى في بلاد العالم .

ويتداخل العامل الوراثي مع البيئي لأنه لا شك أن تأثير الوالد أو الوالدة غير المربة ذات النمط الطنبا والصمير الحي، الموموسة في تصرفاتها سينعكس علي شخصية أطفالها سواء وراثيا أو بيئيا .

ويرجع رواد مدرسة التحليل النفسي هذا المرض إلي اضطراب في المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد وقسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد علي كل تصرفاته ولكن يوجد الكثير من الشواهد أو الملاحظات التي تؤيد احتمال نشأة المرض من أسباب فيسيولوجية أهمها في ظهوره في الأطفال بطريقة منتشرة حيث لم يكتفِ بضع الجهاز العصبي مع وجود اضطرابات في رسم المخ الكهربائي لهؤلاء المرضى وظهوره بطريقة دورية أو بوبات متكررة واحتمال نشأته بعد بعض أمراض الجهاز العصبي مثل الحمى المخية والصراع العصبي الحركي كل ذلك يؤيد الأساس الفسيولوجي

وقد ذهب البعض في تفسير مرض الوسواس القهري إلي أن سببه هو وجود بورة كهربائية في لحاء المخ وتسبب هذه البورة حسب مكانها في إقحام فكرة أو قنعاعا أو حركة وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة قتلومتها تماما كما تتعطل الأسطوانة وتتكرر بعض اللعبة وتستمر إلي لم يحركها الفرد إلي رزمة أخرى وهذه البورة وإن كانت في حالة نشاط تستمر إلا أنها علي اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ، ولذا ينشأ للمريض عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكر تقاوم هذه

البؤرة ويختلف ذلك عن هداءات العظمة أو الاصطهاد والذي يسببه بؤرة كهربائية في اللحاء ولكنها عزلت نفسها عن باقي اللحاء بعملية انفصال عن باقي الدوائر الكهربائية، ولذا فالمريض يؤمن بصحتها نظرا لعدم وجود نشاط لحائي على اتصال بهذه البؤرة لمقاومتها أو الكف من نشاطها

وقد زاد الاهتمام بالوسول القهري بعد اكتشاف عدة صولجبي سيولوجية وتشريحية بأجهزة تصوير الصم الحديثة فقد وجد بعض التغيرات في العقد القاعدية وخاصة في الحواة المندبة (caudate) وصغر حجمها كذلك المعدل المرتفع في تمثيل الجلوكوز في الفص الجبهي في المخ والتلفيف الحراسي ويمكن افتراض أساسا بيولوجيا للوسول القهري في أن الفرد يرث ويكتسب أنماطا سلوكية كافية تختزن في العقد القاعدية والتي تنعرج عند حدوث عطب في وظائف الجزء الأسفل من الفص الجبهي وأن المسارات الموصلة بين الفص الجبهي والعقد القاعدية تعمل من خلال الموصل العصبي الميرورتونين ولذا أصبحت الملاحظة الإكلينيكية في تحسن وهداء كثير من المرضى بالعقاقير الحافرة على زيادة الميرورتونين في المشتبكات العصبية ذات أهمية كبرى في الثورة الحديثة في علاج الوسول القهري، وما يزيد للعامل البيولوجي وجود أعراض الوسول القهري في معظم اضطرابات العقد القاعدية مثل مرضي الشلل الاهتراري والكوربا (رقص) ومرض توريت العصبي.

ويظهر اضطراب الوسول القهري عادة في الشخصية الوسوسة والتي تتميز بالصلابة وعدم المرونة وصعوبة التكيف والتأقلم للظواهر المختلفة مع حب النظام والروتين وحب المواعيد والنفقة في كل الأعمال والاهتمام بالتفاصيل والثبات في المواقف الشديدة أي أن هذه الشخصية عكس الشخصية الهستيرية بسرعة تقلبها وديتيلتها الإنفعالية وقلبيتها للإجواء ولا شك أن الإفهام الناجح يحتاج لبعض سمات الشخصية الوسوسة حتى يستطيع تنظيم ذاته، ولكن إذا رابت عن الحدود الطبيعية دائما ما تكون هذه الشخصية عرضة

للصدام مع الزملاء والرؤساء والمرؤوسين نظرا لصميره الحي ورغبتهم في تطبيق مثالياتهم علي كل من حولهم، ولكن هنا يتطلب العاد والصلاية والمضي في سبيل الحق حتى النهاية هذا وثلاثم الشخصية الوسواسية بعض الوظائف التي تتركها هذه الصنفات مثل مجال الأعمال والمديرين والإداريين والماليين وكبار صباط الجيش والبوليس وموظفي الأرثيف والمكرتارية والذين يعملون في المكتبات الخ .

أما الزوجات فهن دائما في احتكاك مع الشغالات والأطفال لأن النظافة والنظام ليسا علي ما ينشدن .

وقد تبين حديثا أن الشخصية القهرية لا تظهر إلا في حوالي (٢٠ : ٢٥%) من حالات الوسواس القهري وأنه كثيرا ما يسبق الاضطرابات شخصيات أخرى مثل :

- الشخصية الاعتمادية والحدية أو شبه الفصامية وكذلك أتماط أخرى .
وللأسف الشديد فإن هذه الشخصية المطالبة دائما بالحق والنظام تتعرض لاضطرابات نفسية مختلفة نظرا لاحتكاكها الدائم بالمجتمع وعدم قدرتها علي مثلها العليا وأهم الاضطرابات الآتي..

١- قلق النفسي وخصوصا الأعراض الجسمية للقلق في هيئة عصاب الأعضاء كمصاب للجهاز الهضمي أو القلبي الدوري أو البولي التناسلي.

٢- تورم العنق البدنية وأنهم عرصة لأعراض حبيثة والتقيب عن أي أعراض لكي يبدأ في سلسلة من الأبحاث الطبية مع كثرة زياراتهم للطبائين علي الصنف والهضم وكافة الأجهزة.

٣- اضطراب الوسواس القهري .

٤- اكتئاب توقف الطمث .

٥- احتلال الآتية والشعور بالتمير في النقص وأحيانا يصحبه الإحساس بلى العالم أيضا قد تنجر.

٦- الأمراض الميكوموساتية .

أمراض الوسواس والقهر

- الأفكار المتسلطة ويكون معظمها تشككية أو قسوية أو قهادية أو عدوانية أو جنسية (مثل الشك في الحلق والتفكير في الموت والبهت والاعتقاد في الخيانة الزوجيةالخ).
- المعاوذة الفكرية والتفكير الاجتراري (مثل ترديد كلمات الأغاني والموسيقى بطريقة شاذة) .
- التفكير الحرفي البدائي والإيمان بالمعجزة والشعوذة والأحجية والأفكار السوداء والتشاؤم وتوقع الشر وتوقع أسوء الاحتمالات والكوارث .
- الاتطواء والاكتناف والهم وحرمان النفس من أشياء ومنع كثيرة وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري .
- الصمير الحي الرائد عن الحد والشعور المبالغ فيه بالذنب والجمود وعدم التسامح والعدا والجذبة المفرطة والكمالية والحذقة والدقة الزائدة .
- الاستبطان المفرط (في النشاط الجسمي والعقلي والاعمالي والاجتماعي) والاستغرق في أحلام اليقظة .
- القلق إذا وقع الفرد في المصطور وخرج عن القيود والحدود والتعريفات التي فرضها على نفسه ففكر أو سلوكاً.
- السلوك القهري والطقوس الحركية (مثل المشي على الخطوط البيضاء في الشارع والمضي بطريقة معينة ولمس حديد الأسوار وعد الأشياء التي لا يحدها الناس كطوبيق المنزل والتشبيك ودرجات السلم وأعمدة الكهرباء والميبرات والتوقيع على أي ورقة عندما معينا من المراتالخ) .
- النظام والنظافة والتكثيف والألفة الرائدة وحس السيمتزية المفرط(وقت طويل وطقوس ثابتة في النظافة وغسل اليدين المتكرر ونظام ثابت في لبس

الملايين وحلها وفي ترتيب الأساس لكل شيء مكنى ووضع كل شيء في مكانه وموضعه وهكذا) .

- الروتينية والرتابة والتخلف القهري في السلوك والأناء والبطء الزائد في العمل والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

- الشك المستطرف في الذات واحتمال الخطأ والتأكد المتكرر من الأعمال والتردد والمراجعة الكثيرة وتكرار السلوك (مثل تكرار قفل الأبواب ومحاولات المياه والغاز الخ) .

- الخوف (خاصة من الجراثيم والميكروبات والقذرة والتلوث والعدوى ولذلك يتجنب مصافحة الناس أو تناول الطعام والشراب الذي يقدم إليه في المناسبات .. الخ).

- الملوك القهري المصاد للمجتمع أي الانتفاخ الملوكي للقيام بسلوك مرضي مثل هوس إشعال النار وهوس السرقة وهوس شرب الحمر والهوس الجنسي .

تشخيص عصاب الوسواس القهري :

قد نلاحظ بعض أشكال خفيفة من الفكر الوسواسي والسلوك القهري عند الشخص العادي ويمكن اعتبار الفكر وسواسيا والسلوك قهريا هو تكرار وقوعه وظهور القلق والتوتر عند مقاومته وإعاقته أو منع الفرد من تلبية عمله اليومي والتأثير على كفاءته وموه توافقه الاجتماعي .

يجب الملاحظة بين عصاب الوسواس والقهر كمرص في حد ذاته أو كمرص من أعراض مرض مثل ذهان الهوس والاكتئاب أو القسام

ويجب الملاحظة بين عصاب الوسواس والقهر وبين الهذاء والفرق الرئيسي هو أنه في عصاب الوسواس والقهر يتأكد المريض من عدم صحة وتقائه وغرافية وسحق ولا محولية وعدم جدوى هوسه العنسلط وسلوكه القهري أما في الهذاء فيل الأكل والسلوك يؤمن المريض بصحتها تماما

علاج عصاب الوسواس والقهر :

قد يظهر الوسواس والقهر لمدة قصيرة ويشفي تلقائياً دون علاج ولكن معظم الحالات تحتاج إلى مدة طويلة تحت العلاج.
أهم ملامح علاج عصاب الوسواس والقهر مايلي:
العلاج النفسي.

وحاصصة التطويل النفسي للكشف عن الأسباب وإزالتها وتفسير طبيعة الأعراض ومعناها الرمزي واللاشعوري وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل المسببة للوسواس والمخاوف وما يصاحبها من حيل ووسائل دفاع لا شعورية والعمل على تجنيد مثيرات الوسواس ومخاوفها ومواقفها وضررتها وإعادة الثقة بالنفس.

العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي .

مثل تغيير المسكن أو العمل .

العلاج الطبي :

يكون بالأدوية المهدئة لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر مثل ليبير يوم (Librium) ويوصى بعض المعالجين باستخدام علاج النوم في بعض الحالات وكانت الجراحة النفسية (شق الفص الجبهي) والتي تستخدم كأخر حل أحياناً وكذلك في حالة استمالة للتخلص من الوسواس والقهر الذين يسلطان حياة المريض .

آل عصاب الوسواس والقهر :

كان يظن فيما مضى لآل عصاب الوسواس والقهر على أنه أسوأ من باقي الأمراض النفسية العصابية أما الآن فالآل يكاد يولّي باقي الأمراض العصابية إلا أنه يعتبر من أصعبها علاجاً حاصصة في الحالات الشديدة ويمكن القول بجمالاً إلى حوالي ٢٠% من الحالات تشفي وأى ٢٠% تتحسن حالاتهم ولن النفسية الباقية لا تتغير حالاتهم .

على العموم فإن مثل عصاب الوساوس والقهر يكون أفضل كلما كان ظهور المرض حديثاً وكلما كانت هناك أسباب يديّة واسعة ترتبط بظهور المرض وكلما كانت البيئة التي سبغود إليها مناسبة

خمساً: توهم المرض Hypochondria

في هذا العصاب يتوهم المريض إصابته فعلاً بمرض أو أمراض معينة، أو يتوهم استعداده للإصابة بالمرىة بمرض أو بأمراض معينة. لهذا فهو دائم الخوف والاحتياط حتى لا يصاب بالمرض، وهو منشغل تشغالا دائما بصحته ويختلف عليها ومهتم اهتماماً مفرطاً بها، ولا يعتقد أن إصابته - إن أصيب - فهي حقيقة، لكنه يتوهم أنه أصيب بأشد الأمراض فتكا، ويظل في قلق بالغ حتى يشفى ولا يكاد يشفى حتى تعود محالوف الإصابة بمرض خطير آخر... وهكذا، وغالبا ما يشغل الآخرون، وربما أطباءه في طمأنته على صحته، وفي إقناعه بخلوه من المرض. ومن هنا فهو دائم الشكوى من إصابته المتوهمه بالمرض معينة، أو من خوف من الإصابة بها، حتى أن البعض يميل إلى تسمية هذا المرض بوساوس المرض.

تعريفاً توهم المرض :

توهم المرض اضطراب نفسي المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك. وهو تركيز الفرد على أعراض جسميه ليس لها أساس عصوي، وذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطمى على الاهتمامات الأخرى، ويعرق اتصاله السوي بالآخرين ويشر بالفنفس والشك في نفسه.

ملح حوث توهم المرض

يشاهد توهم المرض بصفة خاصة هي العندين الرابع والحامن من العصر وقد ثبت أن توهم المرض نادر الحوث عند الأطفال اللهم الا في بعض

حالات فقد الأم أو الإيداع بالمؤسسات وتوهم المرض يكثر في الضخوخة، وقد يرجع ذلك إلى الحاجة الشديدة لدى المسنين لجذب الأنظار.

وتوهم المرض أشيع لدى الإناث منه لدى الذكور ويلاحظ توهم المرض أيضا في حالة الإرهاق أو الإعاقة حيث يبالغ المعوق في الإصابة الجسمية.

الشخصية قبل المرض -

- تنقسم الشخصية قبل المرض بالتركز حول الذات بشكل غير واضح ، والميل إلى الإنعزال ، والاهتمام الزائد بالصحة والجسم .

أسباب توهم المرض -

للمريض بمعتقد (واهم) أنه مريض عضوياً، إلا أن مشكلته في الحقيقة مشكلته نفسية المنشأ. وهناك أسباب كثيرة تؤدي إلى توهم المرض .

من أهم الأسباب مايلي :

١- أسباب أساسية نفسية عند بعض الناس حيث يجهلون أنهم مريضين بمرض يكونون قد سمعوا عنه من الأطباء أو المعالجين وفهموا فهم غير سليم أو أساءوا لفهم أو يكونون قد قرأوا عنه قراءة غير واعية وعلى غير أساس علمي في الكتب والمجلات الطبية ، ويدعم هذا الأسطوانات الانفعالية الطويلة .

٢- شدة القلق والصعب العصبي، ووجود الحوافر المكبوتة ومحاولته مقاومته .

٣- الفشل في الحياة وبصفة خاصة الحياة الزوجية وشعور الفرد بعدم قيمته وعدم كفايته ، يكون توهم المرض بمثابة تعبير شخصي عن هذا الشعور ، ومحاوله להתهرب من مسئوليات الحياة أو السيطرة على المحيط عن طريق اكتساب المحيطين والمخالطين .

٤- أسباب نفسية حيث يكتسب المريض الأعراض من والديه اكتساباً ، حيث يوجد توهم المرض، وحيث يلاحظ اهتماماً أكثر من اللازم بصحة الأولاد،

أو خبرة المعاناة الشديدة من مرض سابق ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته ، أو وجود تهديد شخصي لا شعوري قرب دنو الأجل كما في الشيخوخة ، والخوف من فقدان الحب وتهيل الدفاعات النفسية ودفاعات العدوان الجسمي .

٥- يرى سيجمويد فرويد Freud أن توهم المرض يرجع إلى تصحاب الاهتمام بالتهديد من تغيرات في العالم الحوْسي وتركيزه على أعضاء الجسم ويعتقد فرويد أيضا أن:

توهم المرض = الصعف العصبي + عصاب القلق .

أعراض توهم المرض .

فيما يلي أعراض توهم المرض :

- تسلط فكرة المرض على الشخص (وسواس) ، والشعور العام بعدم الراحة .
- تصحُّب شدة الإحساس المعادي بالتمنب والألم والاهتمام المرضي والانشغال الدائم بالجراح والصدحة والعناية الفائقة بها ، ويشاهد الاهتمام كثرة التردد على أطباء عديدين ، والمبالغة في الأعراض القلقة والاعتقاد أنها مرض خطير (مثلا يعتبره قرحة في المعدة وهكذا) التركز على صفات الأعراض المرضية ومحاولة المريض دائما تشخيص مرضه بنفسه . وهذا التشخيص يطبق عادة مع الحقائق المعروفة طبيا ، والجري دائما وراء فتاوى العلاج التي تكتب في الصحف والمجلات والمحاولات العديدة لعلاج مرضه بنفسه بطريقة لاعلم.
- لشكوى من اضطرابات جسميه خاصة في المعدة والأمعاء وأي جزء آخر من أجزاء الجسم وفي بعض الأحيان يكون اختيار العضو أو الوظيفة (التي يكون هدف توهم المرض) له علاقة بالمشكلة التي

تكمن وراء توهم المرض (فمثلا المراهقون الذين يعانون من
 صراعات جنسية يكون توهم المرض متمركز لديهم في الأمراض
 السرية والجسمية) ، والإحصاءات يتركز ومبريات القلب وما شابه
 ذلك . وتنقل وتنوع لشكوى فيوجد المريض شكوى إضافية لتوهم
 المرض ويميل إلى تحميم المشاعر الجسمية الشاذة المرتبطة بتوهم
 المرض حتى يشعر الجسم كله بحالة من المعاناة ، وقد يؤدي هذا إلى
 حالة انسحاب كامل بعيدا عن العالم المحيط به .

- الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال أو
 الانسحاب .

تشخيص توهم المرض

من البادر أن يظهر توهم المرض كحصاب مستقل ، ولكن الأغلب أن
 يظهر كعرض لاضطراب نفسي آخر مثل الإكتئاب كما في حالات اكتئاب من
 العنود مثلا.

وفي بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد إضافة إلى مرض
 عضوي فعلي يجعل الأمر مبالغا فيها .

علاج توهم المرض

نتلخص أهم ملامح علاج توهم المرض فيما يلي :

- استخدام الأدوية النفسية الوهمية واستخدام الأدوية المهدئة.
- العلاج النفسي الذي يركز على التطمين النفسي والإيعاء لمساعدة
 المريض على كشف وتوجيه مجال الاهتمام من الذات إلى مجالات
 أخرى معقدة وبمقد هذا العلاج النفسي المختصر ، والعلاج النفسي
 الجماعي .

- الإرشاد العلاجي للمريض ، وإرشاد الأسرة خاصة مرافقي المريض كالأزواج مثلاً نحو عدم المبالغة والعطف والرعاية وعدم المعاملة بقسوة الج .
 - العلاج الاجتماعي وتحقيق تفاعل اجتماعي أكثر عمقا ومعنى ، والعلاج بالعمل والرياضة والترفيه نحو إخراج المريض من دائرة تركيز المريض على ذاته ، وتعديل البيئة والمحيط الأسري ومحيط العمل .
 - مراقبة المريض خشية الانتحار إذا كان توهم المرض مرافقا للاكتئاب .
- ملاحظات على توهم المرض :**

ينظر إلى توهم المرض من الناحية الدينامية على أنه دفاع نفسي يلجأ إليه المريض لا شعورياً مسيحاً وراء أهداف ومكاسب على رأسها تجنب المسؤوليات وتخفيف العمل والمواساة والاهتمام به والذم وقد يسيطر على من حوله وربما يحصل على بعض المزايا الأخرى .

ويلاحظ أن ضحايا توهم المرض لا يتمرضون ولا يتصلحون المرض شعورياً ولكن المؤكد أنهم يعانون من القلق والضعف العصبي .

سادساً : النيفريثينيا (الإجهاد أو الإعياء النفسي) Neurasthenia

مرض عصبي يتميز بشعور مستمر بالفتور والتعب والإرهاق النفسي والجسمي ، ودائماً يشكو المريض أنه لا يستطيع القيام بأي نشاط جسمي أو نفسي مستمرة وعندما يصل الجهاز العصبي تحت إجهاد أو شدة مستمرة فتضطرب عمليات الإثارة والكف أو الانطفاء في حاليها لحاء المخ وعادة ما تتأثر عمليات الكف قبل عمليات الإثارة وهذا هو ما يحدث في خلايا النورثينيا فأعراض هذا المرض هي ضعف لعمليات الكف في المخ ، وغلباً في سنكر دفما في الكف أو الانطفاء يعادل الإثارة وفي حاليها الدماغ تستعيد طاقاتها ونشاطها بعد الإثارة أثناء عمليات الكف فإذا صححت عمليات الكف كما

يحدث في هذا المرض فيكون من الصعوبة على خلايا المخ استعادة طاقتها وبالتالي القيام بنشاطها الطبيعي ومن ثم يصاب الشخص بالخمول والفتور وما علية النوم إلا عملية كف في نشاط التكوين الشبكي فإذا ضمت عمليات الكف بدأت اضطرابات النوم من لرق وكابوس ... الخ.

كذلك تعتمد عملية الانتباه على عمليات الكف فعندما يبدأ الفرد في نشاط ما تبدأ عيده عمليات إثارة في خلايا لحاء المخ ،، وتحيط هذه الخلايا نفسها بعملية كف حتى تستطيع التركيز ، وتنعى تدخل أفكار أخرى ولكن في حالات ضعف عمليات الكف تبدأ الأفكار الأخرى في الارتفاع على بعضها ويصاب الفرد بنشبت الانتباه وعدم القدرة على التركيز ، وهو ما يحدث لدى مرضى النوراثيا .

ويشمل مفهوم النوراثيا الأنواع التالية من الظواهر المرضية :

- ١- صداع متصل ومتقطع ولوجاع متقطعة وحساسية مفرطة وإحساسات مزعجة لا أيلس عضوي لها .
- ٢- اضطرابات حسية ، زيادة في حساسية الشخص.
- ٣- اضطرابات حشوية وظيفية:
- خاصة بالهضم : ارتخاء الأمعاء وتقلصت المعدة والمعى والكبد فضلا عن الإمساك ...
- خاصة بالأوعية الدموية : هبوط في ضغط الدم .
- ضعف جسمي متناوب ، وانقلاص الحساسية الجسمية .
- ٤- اضطرابات في التنفس : ضيق في التنفس والربو الكاذب
- ٥- اضطرابات عصبية نفسية مدوعة: لرق ودوار وترخ ورجة واللق ولكتئاب وتهيج عصبي وقصور في العزيمة والدفاع وسرعة التعب وصعوبة البدء في عمل ونشبت الانتباه وضعف التركيز.

سابقاً. عصاب القلق Anxiety Neurosis

يقال لى هذا العصر هو عصر القلق ولا يمكن الجزم بصحة هذا القول لأنه مما شك فيه أنه في الأزمنة السابقة ، عانى الناس من الجوع والمرض والعبودية والحروب والكوارث عامة مختلفة ، جعلتهم معرضين للقلق مثلما نحن الآن ولكن تعقيد الحصار وسرعة التغير الاجتماعي وصعوبة التكيف مع التثكل للحصاري السريع والتفكك العائلي ، وصعوبة تحقيق الرغبات لذاتية بالرغم من إغراءات الحياة وصعب القيم الدينية والحلقية مع تطلعات الأيديولوجية المختلفة تخلق الصراع والقلق عند الكثير من الأفراد مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية والميكوسوماتية.

تعريف القلق:

يختلف الكثير في تعريف القلق النفسي كمرض مستقل ويمكن تعريفه بأنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة ، مثل الشعور (بالفراغ في فم المعدة) أو (الضجيج في الصدر) أو (صيق في التنفس) أو الشعور بذبذبات القلب أو الصداخ أو كثرة الحركة الخ .

وقد يحاول البعض التفرقة بين الخوف والقلق مع المعرفة القائمة بأنهما عادة ما يكوسا وحده ملتصقة ولكن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سبباً مبرراً لتهافته وسط الطريق يختلف تماماً عن شعوره بالخوف والقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستطيع لأصحابهم كذلك من الناحية الفسيولوجية ، فالخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم وضربات القلب وارتعاش في العضلات مما يؤدي أحياناً إلى حالة إغماء، أما القلق الشديد مصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة.

ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية ، إلا أن حالة القلق قد تصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً وهذا هو ما يعرف باسم عصب القلق *neurosis* أو القلق العصبي أو رد فعل القلق *anxiety reaction* وهو تشيع حالات العصب ويمكن اعتبار القلق قمعاً لمركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر .

تصنيف القلق :

يُصنف القلق إلى :

- **القلق الموضوعي العادي :** (حيث يكون مصدره خارجياً وموجوداً فعلاً) ويطلق عليه أحياناً القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوي ويحدث هذا في مواقف التوقع أو الخوف من شيء مثل قلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان أو بالصحة أو الإقدام على الزواج أو نها هام أو الانتقال من التقديم إلى الجديد ومن المطوم إلى المجهول أو الانتقال إلى بيئة جديدة أو وجود خطر قومي أو عالمي أو من حدوث تغيرات اقتصادية أو عامة .
 - **حالة الخلق أو القلق العصبي :** هو دخلي المصدر وأسبابه لا شعورية وغير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه ، ويعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادي
 - **القلق العام** الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد قلقاً عاماً وعاماً وطعماً .
 - **القلق الشفوي :** وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى (حيث يختبر عرضاً مشتركاً في جميع الأمراض النفسية تقريباً) .
- على حلول القلق :**
- **القلق** هو تشيع حالات العصب ومن تشيع الاضطرابات النفسية عموماً ، فهو يمثل حوالي ٤٠% من الاضطرابات العصبية وهو تشيع لدى الإناث

منه لدى الذكور وهو اشيع في الطفولة والمراهقة ومن الحقوق والشبحرة

أسباب القلق: تنطد أسباب القلق ومن أهمها:

• الاستعداد الوراثي في بعض الحالات وقد تحتلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.

• الاستعداد النفسي (الصنف النفسي أعلام) ، والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرصه الظروف البيئية بالنسبة لمكائه الفرد وأهله ، والتوتر النفسي الشديد ، والأزمات أو المتاعب والخسائر المفاجئة والصدمات النفسية ، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتواقعه ، والمخاوف الشديدة في فترة الطولة المبكرة ، والشعور بالعجز والنقص وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لأهداف الحياة وأحيانا يؤدي مثل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الصعوط الداخلية التي تسببها الرغبة الملحة. ومن الأسباب النفسية الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والاضل اقتصاديا أو زواجيا أو مهليا .

• مواقف الحياة الضاغطة والضعوط الحصارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالب ومطامح البشرية المتميزة (نحن نعيش في عصر القلق) وعدم تقبل مد الحياة وجورها ، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الصعوط والوحدة والحرمان وعدم الأمان واضطراب الجو الأمري وتفككه الأسرة والوالدان العصا بيان أو المنفصلان وعوى القلق وخاصة من والدين .

• مشكلات الطولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاصر التي تنشط ذكريفت الصراعات في الماضي ، والطرق الجائنة في تنشئة الأطفال

مثل الصورة والتسلط والحمية الرائدة والحرمان واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين .

- التمرس للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا) والخبرات الجنسية السادة خاصة في الطفولة والمراهقة والإرهاق الجسمي والتعب والمرض وظروف الحرب .

- الطرق الحاطنة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص

- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات .

- ربط سيجموند فرويد Freud بين القلق وبين إعاقة "الليبيدو" من الإشباع الجنسي الطبيعي ووجود عقده لوديب أو عقدة فيكترا وعقدة الخصاء (غير المحلوثة) ولوجع "المريد أذر" القلق إلى عقدة النقص ومشاعر النقص عند الفرد سواء مشاعر النقص الجسمي أو المعنوي الاجتماعي وإلى تهديد أسلوب حياته وعزا "لوتوراك" القلق إلى منبئة الميلاد فهي تؤدي إلى أن يكون القلق prototype of anxiety أو القلق الأولي primary anxiety ، وأرجعت كليرن هورني horny القلق إلى ثلاثة عناصر هي الشعور بالعجز والشعور بالعدووة والشعور بالعزلة.

- يرى الملوكتين أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق المعادي تحت ظروف أو مواقف معينة ، ثم تسمي الاستجابة بعد ذلك .

الأمراض الإكينيكية للقلق النفسي :

أولاً: القلق الحاد :

١- حالة الخوف الحاد: panic status :

وهما يظهر التوتر الشديد والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة وعدم القدرة على الاستقرار مع سرعة التغير والكلام السريع غير المترابط مع بولت من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف اللسان واتساع حدقة العين

وشحوب الجلد والارتجاف الشديد للأطراف سواء للذراعين أو الساقين. وقد تؤدي سرعة التنفس أحياناً إلى تقلصات عضلية أو إغماء ويصيب الفرد الإعياء الشديد بعده هذا الحوف الحاد.

٢- حالة الرعب الحاد : terror state :

وأهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والارتجاف مع ظهور عرق بارك غزير ، وهنا لا يستطيع المريض إعطاء معلومات واقعية عن حالته وأحياناً لا يعرف المكان والزمان وكثيراً ما يعترض هذا المكون الحركي انفاس مبالغى يجري أثناءه نون هدى، وفي المواقف العسكرية أحياناً يجري نحو العدو. أما في الموقف الأخرى فكثيراً ما يهاجم بل ويقتل من يقبله، وينتشر هذا القلق الحثيث في المجتمعات البدائية.

٣- إعياء القلق الحاد : anxiety exhaustion syndrome :

عندما يستمر قلق لمدة طويلة يصيب الفرد إجهاد جسيم ويصاب بأرق شديد لمدة ليال ويظهر هذا الإعياء أثناء الإسهاب العسكري والبراكس والزلزلات والكوارث العامة ، ويبدو الوجه جامداً دون عطفة شاحبا غير منفعل مع التباد الذهني، والسير بطريقة ترمائية بطيئة نون معرفة اتجاهه. أما إجهاده عن الأسئلة فتأخذ نمطاً واحداً مختصراً.

وعندما يستمر قلق الحاد لمدة طويلة دون شفاء أو عندما يكون الإجهاد بطيئاً بحيث لا يصيب أي نوع من أنواع القلق الحادة فهنا يتعرض المريض إلى ما يسمى بالقلق المزمن .

تأثير القلق المزمن ويشمل :

- ١- أعراض جسدية.
 - ٢- أعراض نفسية.
 - ٣- أمراض ميكوسوماتية (تجسسية) .
- وفيما عرض لهم:

(١) الأعراض الجسمية .

وهي لكثير أعراض القلق النفسي شيوعاً فجميع الأجهزة الحشوية في الجسم متصلة وتتحدى بالجهاز العصبي اللاإرادي والذي يحركه الهيپوثالاموس المتمصل بمراكز الانفعال ولذا فقد يؤدي الإنفعال إلى تنبيه هذا الجهاز وظهور أعراض عصبية في أعضاء الجسم المختلفة، بل وأحياناً يكبت المريض الانفعال ولا يظهر إلا الأعراض العصبية. وهنا يتجه المريض نحو أطباء القلب والصدر والأمراض القلبية حسب نوع الأعراض ، وأهم هذه الأعراض.

١- **الجهاز القلبي الدخري** هذا يشعر المريض بالآلام عضلية فوق القلب والباحية اليسرى من الصدر مع سرعة ثقلات القلب بل والإحساس بالنبضات في كل مكان ويبدأ في عد سرعة النبض وإلى حلول النوم فيحس بالنبضات في رأسه ومعه مما يجعله في حالة دعر من احتمال حدوث قفجور في المخ. والذي بطبعه لن يحدث - كذلك يشعر المريض ببعض ضربات القلب غير المنتظمة ، وتكون الطامة الكبرى علماً بقياس ضغط الدم ويجده مرتفعاً ببعض الشيء نتيجة من جراء الانفعال وإن لفطاً الطبيب وأخبره أنه يعاني من الضغط المرتفع يبدأ المريض في سلسلة من الأبحاث والأسانف ورسم القلب مما يزيد قلقه. وبالتالي من أعراض الآلام والنبضات والضغط. وهكذا يدخل في حلقة مفرغة تنتهي أخيراً بعلاجه النفسي.

والسبب في كل هذه الأعراض هو الانفعال الظاهر أو المكبوت والذي ينبه الأعصاب اللاإرادية للقلب، وبالطبع يتردد هؤلاء المرضى على أطباء القلب يومياً ويحاول الطبيب تهدئتهم دون جدوى.

٣- **الجهاز الهضمي**: ومن من أهم الأجهزة التي يظهر بها القلق النفسي، ويكون في هيئة عصبية في البلع، أو الشعور بعسة في الحلق، أو سوء الهضم، والانتفاخ أو الإسهال والإمساك.

بل ويحرص المريض أحياناً إلى مفسد شديد يحذر الأطباء في تشخيصه؛ كذلك نوبات من التجشو تتكرر كلما تعرض الفرد لانتقالات معينة.

وهذه الظاهرة غالباً ما تتكرر مع النساء خصوصاً المتزوجات، وكثيراً ما يكون القئ علامة رمزية للاحتجاج على موقف معين، أو الشعور بالقرص من شخص ما.

٣- **الجهاز التنفسي** : وهذا يشكو المريض من سرعة التنفس والتهيج والتهديت المتكررة مع الشعور بصيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء ، وأحياناً ما يؤدي غرط التنفس إلى طرد ثقي لكسيد الكربون وتغيير درجة حموضة الدم وقللة الكالسيوم للنشط في الجسم، مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف وتقلص العضلات ودوار وتشنجات عصبية وأحياناً الإغماء وتبدأ القصة بأن المريضة تذهب إلى مكان مريح لو مطلق أو تتعرض لاتعمال شديد من فقدان عزيز أو وفاة ... الخ. تبدأ بالشعور بالتنميل ثم الدوخة ثم تتشنج ويصعب عليها، وما حدث هو لي القلق لدى إلى سرعة التنفس دون أن تحس بتسببها مما أدى إلى غرط التنفس اللاشعوري لأنها عادة لا تحس بالتنفس إلا إذا تشنك وتغير عن الطبيعة وأحياناً ما تنتهم هذه المريضة بالنلع والحساسية.

٤- **الجهاز العصبي** : وهذا يظهر القلق في شدة الاتكلمات العسقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض مع قساع حنقة العين ولرجاج الأطراف خصوصاً الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع .

٥- **الجهاز البولي والتناسلي** : يتعرض معظم الأفراد إلى كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة وذلك عند الاعمال لشديد كما يحدث قبل الامتحانات وعند التعرض لمواقف حساسة ... الخ ، وأحياناً ما يظهر عكس ذلك من احتباس البول، ويلاحظ ذلك في بعض الأفراد في المراحيض العمومية حيث يحاولون بهذا الاحتباس رغم الرغبة الشديدة في التبول والسبب في ذلك هو تنبيه الجهاز السمبثوي أو الباراسمبثوي من جراء القلق.

ومن أهم أعراض القلق النفسي في الجهاز البولي التناسلي هو فقدان القدرة الجنسية عن الرجل (العدة) أو ضعف الانتصاب أو سرعة القذف وهي

من الأعراس التي تسبب ألماً شديداً عند الرجل، ولكي نفهم كيفية حدوث ذلك علينا أن نعرف بعض الشيء عن فسيولوجية الانتصاب فالانتصاب عليه نصبة عصبية، فالإثارة الجنسية يسبب تدبها في الأعصاب الابر اسمبثوية وبالتالي فتتفاخ في الأوردة في القصيب مما تسبب انتصابه

أما صلبة القذف والارتحاء فمن لتصلص الأعصاب السمبثوية التي تقل كمية الدم في القصيب وكما تبين سابقاً فإن القلق يثر الجهاز السمبثوي ومن ثم يتسبب في فقدان القدرة الجنسية وغالباً ما تبدأ الحلقة بانتصاب عادي ثم عندما تبدأ المحاولة الجنسية، يصاب الرجل بالصعب وأحياناً بالقذف المبكر مبدأ الخوف على رجولته ثم يكرر المحاولة ثانية ويبدأ في سلسلة من الأبحاث ولا مانع في أن يذهب إلى طبيب أمراض تناسلية وأحياناً يلجأ بعض هرمونات الذكورة وهي بالمطيع تزيد من رغبته ولكنها لا تقل القلق، ومن ثم تزيد الرغبة والصعب ثابت ويمر في نواقر مفرغة تنتهي به عند الطبيب النفسي، وغالباً ما تحدث العنة في أول شهر الصل عندما يكون الرجل في حالة من التوتر أو القلق نظراً لقلته أو تعدد هيرته أو لحبه الشديد لزوجته أو لوجوده في مكان أهل بالأخوة والأحوال مع وجود الحماة "ويطلق عليه شعبياً مربوط" وكثيراً ما يصاب الرجل بالصعب الجنسي عند مولجته لتأنيب الصمير أو الشعور بالذنب أو الخوف من الأمراض ... الخ ولا شك أن السبب الرئيسي في كل هذه الأحوال هو القلق النفسي .

في معظم حالات الصعب الجنسي وسرعة القذف قبل الستين هي حالات من القلق النفسي والاكتئاب لأن الأسباب العضوية قليلة ومن السهولة تشخيصها بمثل الأبحاث اللازمة والكشف الدقيق على الجهاز العصبي

أما في المرأة فالبرود الجنسي، وعدم الاستجابة لذلك يكون سببه في معظم الأحيان القلق النفسي، بل أحياناً ما يسبب اضطرابات في الطمث، من اقتطاعه تملأ إلى كثرة ترنده إلى الأم شديدة قبله ... الخ وعادة لا يعود علاج الهرمونات في مثل هذه الأحوال .

٦- **الجهتير العضلي** . يتردد معظم المرضى على الأطباء للشكوى من آلام مختلفة في الجسم ومن أكثر أنواع الآلام شيوعاً الآلام العضلية ، وهذا يعني المريض من آلام في الساقين أو الذراعين ، والظهر وفوق الصدر ، وكثيراً ما تشخص هذه الآلام بـروماتيزم ويبدأ المريض في تناول العقاقير الروماتيزم دونت فائدة ولمصلحة والكثير من هذه الآلام نصية بحثة بسبب القلق النفسي الذي أحياناً لا يستطیع الفرد التعبير عنه وعن الصراعات المختلفة إلا من خلال هذه الآلام بل هناك بعض المرضى تجري لهم عمليات جراحية لاستئصال الغزادة الدودية والمرارة والوزنوز .. الخ للتخلص من هذه الآلام التي لم تحف (لا بعد فهم الصراعات المختلفة في حياة الفرد وعلاجها نفسياً وطبياً

٦- **الجلد** : يكون القلق النفسي عاملاً أساسياً في أسباب وشاء الكثير من الأمراض الجلدية مثل حب الشباب والأكريما والارتكازيا والصلبة والبهاق وسقوط الشعر ، وغيرها مما جعل أطباء الجلد يهتمون بعلاج الناحية النفسية لمرضاهم أو إحالتهم إلى الطبيب النفسي عند فشلهم في معرفة سبب الصراع .

٧- **جهاز الغدد الصماء** : يسبب القلق الكثير من أمراض الغدد الصماء ومن أهمها زيادة إفراز الغدة الدرقية والبول السكري مع زيادة هرمون الأنريبلين من الغدة فوق الكلوية .. الخ .

(ب) **الأمراض النفسية :**

١- **الخوف** : يبدأ المريض بعد حياة سوية في الخوف من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضيه فالحقيقة يخاف من الأماكن المغلقة claustrophobia أو الأماكن المتسمة agoraphobia أو من الأمراض nosophobia والخوف من الأمراض من أكثر المخاوف شيوعاً فهناك خوف من أمراض القلب والذئب والسرطان والزهري ، وأخيراً هناك خوف من مرض الإيدز أو الخوف من الموت أو الجنون وأحياناً يشهد الخوف مظاهر غريبة كخوف المرء من ابتلاع لسانه أو توقف الطعام في حلقه أو انفجار ثرايين مخه ويتردد المريض على الأطباء ويحللون تهديته وطمأنته من أنه لا يعاني من أي

مرص عصوي ويستريح بعض الشيء ولكن سرعان ما تعود المحالوف ويبدأ في زيارة أطباء آخرين، ويزيد القلق ومن ثم تزيد الأعراض الجسمية السابق ذكرها في الأجهزة المختلفة، مما يعرر حوص المريض من احتمال وجود مرص عصوي، وعادة ما يتكلم هؤلاء المرضى كثيرًا نظرًا لأن الأطباء والأقرباء يهرعون من أعراضهم خصوصًا أن الأطباء غالبًا ما يقولون لهم أنهم لا يمانون من أي شيء وبالطبع ولكن في هذه الجملة خطأ جسيم لأنهم يعتقدون ولكن من مرص نفسي .

٢- التوتير أو التهيج العصبي : هذا يصبح المريض حساسًا لأي ضوضاء بل يقف من مكفه عند سماعه لريين التليفون أو الجرس ويفقد أعصابه بسهولة ولأنه الأسباب. وتبدأ الأم في صرير أولادها وعقابهم على أقل سبب ثم تبكي وتندم بعدها. ويثور الزوج على زوجته من إجابة عادية وبنتهما بالتعدي على كرسيه وتصبح هذه الإثارة مصدرًا لراعات عائلية بل وأحيانًا تنمر الحياة الزوجية وأحيانًا يلاحظ هذا التوتر بين الطلبة فترة الامتحانات وهذا الطالب في الشكوى من صجيج المواصلات وصراخ أحوته وشجار والديه ويطلب الانتقال من المنزل ويثور لأنه الأسيف ويعطيه الوالد عذره لأن أعصابه تعيقه بسبب قرب الامتحانات، وما ذلك إلا أعراض القلق العصبي.

٣- عدم القدرة على التركيز: وسرعة التسيب والمرحاض مع الشعور بالضييق والاحتراق مع الإحساس بطوق يصعب على الراس ويكون ذلك مصحوبًا أحيانًا باحتلال الآتية أي يشعر الفرد أنه قد تعثر عن سابق عهده وأن العالم قد تعثر من حوله، ويبدأ في القلق على أنه الأسباب ويصغها في رأسه.

٤- فقدان الشهية للطعام مع فقدان الوزن والأرق الذي يتميز بالصعوبة في بداية النوم، أي يرقد الفرد على سرير، ويتقلب الساعة بعد الأخرى دون أن تحل عيبيه، وإن نام فيصحب بومه أحلام وكوابيس مرعبة مما يجعل حياته سلسلة من العذاب .

٥. شرب الخمر أو تناول العقاقير المهدئة أو المنومة : كمحولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسي مما يؤدي لحبلا إلى حالات إدمان، ولذا وجب البحث في حالة أي مريض يعاني من الإدمان على الخمر أو عقار خاص عن قلق المتخفي وراء هذه العادة.

(ج) الأمراض الميكوسوماتية (النفسجسمية) :

يعني بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب في نشأتها قلق النفسي دوراً هاماً، أو الأمراض العضوية التي تريد أعراضها عند التعرض لانهالات القلق النفسي، وبالطبع سيكون علاج القلق النفسي هنا علاجاً أساسياً لصحة المريض العامة ومن أهم هذه الأمراض ارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية وجلطة الشرايين التاجية للقلب والربو الشعبي وروماتيزم المفاصل والبول السكري وريادة إفراز الغدة الدرقية والغولون العصبي وكذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها.

أما إذا استمر الصراع النفسي لمدة طويلة وأصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول أعراض القلق النفسي إلى أحد ظواهر ثلاث :

- ١- المصاوب.
- ٢- عصاب الأعضاء : وهذا يأخذ القلق أعراضه في أحد الأعضاء الجسمية فمثلاً عصاب الجهاز الهضمي أو عصاب القلق أو عصاب الجهاز البولي التناسلي وهذا تكون أعراض القلق في هذا الجهاز غير مصحوبة بالإعراض النفسية للقلق، مما يجعل المريض لا يفكر إطلاقاً في ارتباط أعراضه الجسمية مع القلق.
- ٣ قلق الهستيريا : لا يستطيع الكثير من المرضى تحمل الألام النفسية للقلق ولذا فهم يحولون هذا القلق إلى أعراض هستيرية مع فقدان وظيفة الأعضاء ويكون هذا التحول عادة مصحوب بنوع من اللامبالاة حيث

يحدد المريض شكواه ويصف الإلمه دون أن يبدو على تعبيرات وجهه أثناء
الآلام

تشخيص القلق

عند التشخيص يجب العناية بالفحص الطبي الدقيق وتقييم الشخصية
ودراسة تاريخ الحالة وفي حالة وجود الأعراض الجسمية يجب عدم الخلط بين
القلق والاضطرابات المعنوية الأخرى مثل الهستيريا أو الاكتئاب ويلاحظ أن
بعض الممرضى ينكرون أنهم يريدون أن ينفعوا عن أنفسهم أنهم ممرضى
نفسيين .

ويجب التفريق بين القلق وبين الفصام في مراحله الأولى والفرق
الأساسي بينهما وجود الإدراك والتفكير في الفصام وعدم وجوده في القلق.
ويختلف القلق عن الخوف العادي فيما يلي :

الفرق بين القلق والخوف العادي

القلق	الخوف العادي
- لا يكون للفرد متنبأ إلى مصدره عادة (على مستوى لا شعوري، خوف دلحلي من مجهول).	- خوف من أمور خارجية يواجهها الفرد على مستوى الشعور ويعرف مصدرها.
- يبقى غالباً رغم روال مضيرة.	- يروى بروال مضيرة .
- الأصلي طالما لم يتناول له الفرد بالدراسة والتحليل.	- ينشأ كرد فعل لوضع مضيق قائم فعلاً
- قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع.	- لا يوجد صراعات
- يوجد صراعات	

آل القلق النفسي :

يختلف سير مرض القلق تبعاً للفرد، فمن بوية ولحده لمدته قصيرة
تحتل دون عوده خاصة في الشخصية المعنوية إلى مرض مزمع لا يستجيب

لكل أنواع العلاج في الشخصية العصبية وبين هذين النوعين يوجد الكثير من المرضى الذين يتعرضون لنوبات من قلق النفس بين نوبة وأخرى يتخللها فترة من الصحة النفسية السليمة.

هناك الكثير من العوامل التي تؤثر في سير المرض وفيما يلي العوامل الهامة التي تؤدي إلى تحسن في حال المرض :

- ١- تاريخ عائلي قوي مع خلل العقلية من الأعراض العصبية في العائلة.
- ٢- شخصية متكاملة ثابتة سوية قبل المرض .
- ٣- عدم تعرض المريض لاضطرابات نفسية سابقة قبل مرضه الحالي .
- ٤- حدة بدء المرض أي في الأعراض بدلت فجاء .
- ٥- ذكاء فوق متوسط .

أما العوامل التي تعيق شفاء المريض

- ١- تاريخ عائلي واضح للمصاب مع شخصية عصبية معرضة لنوبات متكررة من الاضطرابات النفسية .
- ٢- زحف المرض ببطء على المريض .
- ٣- طول مدة المرض فكلما طالت مدة الأعراض قل الأمل في الشفاء .
- ٤- بعض الأعراض الإكلينيكية مثل توهم الحلق البدنية واختلال الأنبة والنفع قدائسي والإنسان والأعراض القهرية المستحثة وأعراض الهستيريا الانشقاقية وحالات المخاوف المرضية الشديدة .

علاج القلق.

يختلف العلاج حسب الفرد وشدة القلق ووسائل العلاج المتاحة للفرد ووجود هذا للألمس الهامة لعلاج القلق النفسي:

- ١- العلاج النفسي - يتبع في معظم الأحيان العلاج النفسي المباشر والمقصود به التعبير والتشجيع والإيحاء والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض

لما التحليل النفسي فاحتاج إلى الوقت والجهد والمال. ولذا يستحسن عدم إتباعه إلا في الحالات الشديدة المزمنة.

٢- العلاج البيئي والاجتماعي: كثيراً ما يتم اللجوء إلى إعداد المريض عن مكان السر اع النفسي أو الصدمة الاتعالية وينصح بتغيير الوضع الاجتماعي سواء العقلي أو في العمل عندما تحتم الضرورة ذلك .

٣- العلاج الكيميائي: لا يعيد العلاج النفسي مفرداً في الحالات الحادة السابق ذكرها مع الحوف والرعب والإعياء بل يجب إعطاء المريض كميات من المومات والمهدئات في بدء الأمر ثم بعد الرحلة القصية يمكن البدء في العلاج النفسي.

لما في حالات القلق الشديدة فلا مانع من إعطاء المريض العقاقير التي تقلل من التوتر العصبي مثل الفاليوم - - الفلوريم. أما العلاج الكيميائي الأصلي للقلق فينطص في إعطاء بعض العقاقير الحاصلة بالهرمونات العصبية في مركز الإتفعال بالمخ.

٤- العلاج السلوكي: وخصوصاً في حالات الخوف المرضي، وذلك بأن يمرر المريض على الاسترخاء، إما بتدريب الاسترخاء الرياضية أو تحت تأثير عقاقير حاصة بالاسترخاء ثم إعطاؤه منبهات أقل من أن تصدر قلقاً أو تسبب ألماً، ونزيد المنبه تدريجياً حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف وهو في حالة استرخاء ودون ظهور علامات للقلق، وهنا يطمئ العمل الممكن الشرطي المرضي ويتكون عنده فعلاً منعكساً سويًا ويمكن تطبيق هذا العلاج في الخوف من الأماكن الواسعة أو الضيق.

٥- العلاج الكهربائي: لا تقيد الصدمات الكهربائية في علاج القلق النفسي إلا إذا كان يصاحبه أعراضاً اكتئابية شديدة وهذا سيختفي الاكتئاب ولكن علاج القلق يحتاج لمعرفة الصراعات النفسية المختلفة مع العلاجات السابق ذكرها. أما للمنبه الكهربائي فلهيافاً ما يعيد في بعض حالات القلق النفسي الممنوعة بأعراض جسدية.

٦- العلاج الجراحي : يوجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب والتي لا تتحسن بالعلاج النفسي الكيمائي أو السلوكي والتي تشل حياة المريض هنا تكون الصلابة إلى عملية جراحية في المخ لتقليل شدة القلق والتوتر وهي هذه العملية تقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ وفص التاموس أو تقطع الألياف العصبية بالانفعال الموجودة في المخ الحشوي فتوقف الدائرة الكهربائية الخالصة بالانفعال ويصبح الفرد غير قابل للانفعال. وقد دلت الأبحاث على أن مرضى القلق النفسي ذوي مجرى الدم العادي في المساعد عند الراحة والعالي عند التعرض للشدة يتصلون بالعلاج الكيمائي أما هؤلاء ذوي الدم مجرى العالي في المساعد فيجبهم عند الجراحة يستفيدون بها عن العلاج الكيمائي حيث أن نتائج العلاج الكيمائي معهم متواضعة .

٧- الإعادة الحيوية : وهي محاولة مواجهة المريض بالعصليات الفسيولوجية الحشوية عن طريق أجهزة الكترونية خاصة تجعله يسمع تقلصات العضلات أو نبضات القلب أو مقياس ضغط الدم أو أي شذوذ كهربائي في رسم المخ بل ويرى المؤشر أمامه منبها بحالته المرضية ومن خلال الإبصار والسمع يستطيع شعوريا التحكم الذاتي للوصول لحالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء .

ثامناً: الاكتئاب depression:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً ويختلف من مريض لأخر ويشعر المريض المصاب بالاكتئاب ببعض الأعراض مثل: أفكار سوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات والمبالغة في تصحيح الأمور والتفاهة والأرق الشديد والشعور بأوهام مرضية والميل إلى الاعتناء من بعض الأفكار الانتحارية.

إن الظروف الاجتماعية النفسية وفترات الانسحاب تزيد من حالات الاكتئاب والانسحابات الاكتئابية وأن المجتمع يعجز عن توفير الإسهامات الضرورية لأعضائه إما يطلق بالضرورة عددا هائلا من شخصيات ذات القلبية السمية والأشخاص الذين تكونت لديهم - نتيجة حبرات الطفولة - شخصيات ذات تعبئة ضمية يكونون أسوأ حالا في مثل هذه الظروف الاجتماعية وذلك يعجزهم عن أن يعيشوا الإحباطات دون أن يستجروا لها بطريقة اكتئابية.

ويتخذ الاضطراب الاكتئابي عند الأطفال مورا أهمها

المظهر الحزين واليأس عند الطفل الذي يشكو مشاعره ويظهر اكتئابه في سلوكه مثل الصراخ واللامبالاة والانسحاب الاجتماعي وفقدان الشهية وتكرار الشكوى الجسمانية والألام بسبب حدوث اضطراب في النوم والأكل وكما هو الحال عند الكبار فإن العلاقة بين الاكتئاب والعنصرية والقلق هي عبارة علاقة متقدة وتتكون لدى الطفل المكتئب أفكار موداها أنه غير محبوب وغير مرغوب فيه وتكون هذه الأفكار مصحوبة بالخفاض في تقدير الذات كما تنصص أفكارا انتحارية لدى حوالي ٣٠% من الأطفال الاكتئابين ويوجد العديد من الأعراض لدى الأطفال وهي:

- رفض المدرسة .
 - أعراض نفس- فسيولوجية .
 - مشكلات التعلم .
 - نقص النشاط أو زيادته بشكل مصرف .
- ومن الملاحظ انتشاره هذه الظاهرة بشكل واسع بين الأطفال وبين الكبار وفي جميع الأعما والأجناس والجنسيات ولذلك فالمعالج أصبح ولجبا لكل أب أو مربى، ولي أمر لوراغ ومسئول عن رعيته.
- تعريف الاكتئاب :**

هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعجز عن شئ يعقود وإن كل المريض لا يلقى المصدر الحقيقي لحزنه .

انتشار الاكتئاب -

يعاني الناس في الحياة المعاصرة من الاكتئاب بصورة أكبر مما يعانون منه في الماضي وهي المجتمعات السابقة لدرجة أنه يطور للكئاب والأبناء أن يصفوا هذا العصر بأنه عصر الاكتئاب فكل شخص على نحو التقريب يصاب بالكآبة أو الغم والضيق، والشعور بالحرن أو الغم هو جزء عادي من طيف التكوين البشري .

ويرى الاكتئاب في جميع الطبقات الاجتماعية ، والأجناس، والأقليات، والأغلبية وهو شامل جداً لدرجة أنه يسمى بالبرد العام للأمراض العقلية The Common of mental illness وهو على نحو التقريب يصيب النساء ضعف شيوعه لدى الرجال كما يوجد الاكتئاب لدى الأفراد ذوي المهن ولكنه أكثر شيوعاً لدى الأفراد في مجالي الفنون و الموسيقى

وتشير معظم الدراسات المسحية في مجال الاكتئاب إلى أن (١٢%) من المجتمع الأمريكي يعانون من الاكتئاب، وتوصلت تلك الدراسات إلى وجود مخاطره لتطور الاكتئاب بنسب تتراوح مابين (٨% - ١٢%) لدى الرجال وما بين (٢٠%-٢٦%) لدى السيدات ووفقاً لتقرير رابطة علم النفس الأمريكية ويمكن تشخيص أعداد مماثلة بالدميثيرميا Dysthymia ولي الاكتئاب العظيم و الدميثيرميا منتشران لدى طلاب الجامعة بنسبه تصل إلى ضعف الأعداد السابقة.

وعلى عكس ما هو شائع بأن الاكتئاب أكثر شيوعاً ما بين المسنين فإنه في الواقع تُعد ما يكون شيوعاً في سنوات العمر من ٢٤ - ٤٠ عاماً ويقرر (١٥%) من المجتمع الكليات كتناباً معتدلاً ويقرر (٥%) كتناباً شديداً. والأفكار الانتحارية الشائعة لدى العملاء المكتئبين حيث أوصفت دراسة أن (٦٠%) من حالات الانتحار ترجع إلى الاكتئاب أو الاكتئاب المصاحب لسوء استخدام الكحول .

والاكتئاب ليس كما يعتقد البعض - خطأ - أنه ظاهرة أمريكية لو غربية، بل إنه يصيب كل المجتمعات من جيل إلى جيل كما أن الاكتئاب أخذ يوسع من قاعدته الزمنية بمعنى أن نسبة الإصابة بدأت تنتشر الآن في الأعمال الصغيرة وبدلاً من ملاحظة السنوات الأخيرة تغيرات منتشرة عن وجود ما يسمى (بالكتئاب الأملال) .

أعراض الاكتئاب .

• وافق الباحثون بصفة عامة على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب فالإكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم لازمة الاكتئابية Depressive Syndrome وتتمثل أعراض الاكتئاب في أربع فئات أساسية وهي :

١- أعراض المزاج : Mood Symptoms

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل الممعد والأساسي للاضطرابات الوجدانية مثل وجود مزاج حزين معظم اليوم تقريباً كل يوم لمدة أسبوعياً على الأقل .

٢- الأعراض الدافعية : Motivational Symptoms

وتمثل الأشخاص السلوكية التي تشير إلى توجه نحو الهدف، فالناس المكونتين غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال ، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل

٣- الأعراض البدنية : Somatic Symptoms

وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب وتشمل تغيرات في أنماط النوم والشهية والاهتمام الجنسي .

٤- الأعراض المعرفية : Cognitive symptoms

وتشير إلى قدرة الأفراد على التركيز دقاً واتخاذ القرار وكيفية تقويمهم لأنفسهم ؟.

ويلاحظ من عرض الفئات الأربع السابقة لأعراض الاكتئاب أنها أعطيت حقب العلاقات الاجتماعية في حياة الفرد المكتئب وهذا ما تم معالجته بواسطة سترونجمان الذي نظر للاكتئاب على أنه متصفاً بحس مجموعات من الخصائص هي .

١- مزاج حزبي وفقر الشعور.

٢- مفهوم سلبي عن الذات يتصمم بتأنيب الذات ولومها

٣- رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين.

٤- فقدان الشهية الجنسي والرغبة الجنسية

٥- تغير في مستوى النشاط عادة في اتجاه الكسل وأحياناً في شكل استئثار.

وتجدر الإشارة إلى أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر فالبعض قد يتحدد لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب الصبر ويحيى مع البعض الآخر محتلماً مع شكاوى جسمانية وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الحدود بينها، ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس والتشاؤم والملل السريع من الحياة والذئب، وربما تجتمع كل هذه الأعراض معاً في شخص واحد وقد تتنوع هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أعراض نفسية وجسمانية أخرى .

وعلى سعيد آخر نجد أن أعراض الاكتئاب تختلف من مجتمع إلى مجتمع آخر وهذا يسمى بمفهوم الاكتئاب القومي National depression فقد نشرت لأبحاث عبر الثقافية إلى أن كثيراً من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب في العالم العربي ليست بالضرورة جزءاً من الخبرة الاكتئابية في الثقافات غير العربية خاصة أعراض الشعور بالذنب والشعور باليأس وتقدير الذات السلبي وعلى النقيض يبدو أن الشعوب غير العربية - مثل مصر - قد يظهر الاكتئاب في شكل أعراض بدنية أو فقدان الشهية الأمر الذي يجعل العرضى يلجأون إلى

الطبيب البشري ويتسمح من العرض السابق لأعراض الاكتئاب مدى تنوع الأعراض وتباينها من فرد لأخر ومن ثقافة لأخرى .

الجدول حول متصل الاكتئاب :

يتمدّي الاكتئاب على متصل يبدأ بكتئاب عادي ثم لكتئاب إكلينيكي فرعي وينتهي بكتئاب إكلينيكي، فوشير الاكتئاب العادي Normal Depression إلى ثقلات المراج التي يحبرها كل فرد ويعبر عنها عادة كمشاعر الحزن والاكتئاب العادي يرادف بصفة عامة الاكتئاب الذي يطر إليه كعرض وتوجد جميع أعراض الاكتئاب في الاكتئاب العادي فيما عدا المزاج الحزين. أما الاكتئاب الإكلينيكي الفرعي Subclinical Depression فوشير إلى شكل أكثر شدة من الاكتئاب العادي الذي لا يشمل مرلجا حزينا رغم وجود أي نمط من الأعراض الأخرى الخاصة بالاكتئاب.

ويشير الاكتئاب الإكلينيكي Clinical Depression إلى لكتئاب شديد إلى حد يتطلب التدخل والعلاج ويسم الاكتئاب الإكلينيكي بلربعة سمات هي أنه:

- ١- أكثر حدة.
- ٢- يستمر لفترات طويلة.
- ٣- يحوق للفرد بدرجة جوهريّة عن أداء نشاطاته وولجته المعتادة.
- ٤- الأسباب التي تنيره قد لا تكون واضحة أو مميزة بالشكل الذي نراه عند العالبيّة لعضى من الناس .

ورغم قبول متصل الاكتئاب إلا أن هذا قد أثار جدلا خاصة بالاستمرارية / الانفصالية حول متصل الاكتئاب حيث تتضمن مناقشة الاكتئاب العادي مقابل الاكتئاب الإكلينيكي الفرعي أن الاكتئاب يقع على متصل شدة مع أشكال مختلفة من الاكتئاب تمثل بعض الاضطراب الذي يخلف ميدنيا في شدة الأعراض الاكتئابية التي يخبرها للفرد ويظهر هذا الرأي فرض الاستمرارية ولدي يرى أن حالات الوجدانية تحدث على متصل من عادي إلى شاذ وأن

الاضطراب هو رؤية قصوى لمراج عادي. ومن جهة أخرى فإن فرض الانفصالية هو أن هذه المستويات المختلفة من الحالات النفسية تمثل أساساً عليّات مختلفة أي أنه في حين أن بعض سجلات المراج الحزين قد تبدو معقدة فإن مشاعر عادية من الاكتئاب والاكتئاب الإكلينيكي هما ظاهرتان منفصلتان وغير متعلقان ببعضهما ولم يؤسس البحث حتى الآن أي من هذين الفرعين المتصارعين يكون أقرب إلى الحقيقة .

تشخيص الاكتئاب :

تشخيص الاكتئاب سهل ولكن يجب :

- التفرقة بين الاكتئاب التفاعلي والاكتئاب المزمن .
- التفرقة بين اكتئاب العصبي والاكتئاب الذهني
- التفرقة بين اكتئاب من العقود وبين ذهان الشيخوخة
- التفرقة بين الاكتئاب وبين أعراض الاكتئاب المصاحب للأمراض الجسمية الخطيرة مثل أمراض القلب والفشل العلام .
- الاحتراس حين يغطي المريض لكتابه يتمسكه بالأعراض العصبية المصاحبة للاكتئاب مثل فقد الشهية والأرق أو العلة أو البرود الجسي
- الاحتراس في حالة الاكتئاب الباسم Smiling depression فقد تغطي وجه المكتئب لبسمة خادعة مضللة.

ملحوظات الاكتئاب:

يلتص الاكتئاب بعد قلق من حيث شيوعه كمرض عصبي، ويشاهد الاكتئاب في الضربيفت والثلاثينات، ومن العقود (من اليأس) ويحدث الاكتئاب عند الإناث أكثر منه عند الذكور، وعند غير المتزوجين أكثر منه عند المتزوجين.

الشخصية قبل المرض (الشخصية الاكتئابية) .

تتسم الشخصية الاكتئابية قبل المرض بالسمات الآتية: الانطواء والانسحاب والهدوء والجدية والارتباط والحجل والأنب وقلة الأصغاء وقلة الاهتمامات وبطيء العادات والجمود والمحافظة وتحاشي المذاق وقلة التحمل والحساسية النفسية والميل إلى البكاء والتردد والحزن والجبن والعسرية والعدا والخموس والاعتماد على الآخرين والميل إلى القنعية والتواضع الشديد وخصص قيمة الذات ولوم الذات وكبت النوافع والشعور بالخيبة وعدم الأمن وسوء التوافق الجنسي وميل إلى الأعلى على شخصية والميل إلى تصنع الحياة والحملة والضمير الحي والتضحية من أجل الآخرين .

أسباب الاكتئاب .

يرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيمنة وإن كانت نسبة ذلك ضئيلة جدا .

والأسباب النفسية هي الأهم ومنها :

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والحجرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن بريء أو هزيمة... الخ) والانهزام أمام هذه الشدائد .
- الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك) وقد الحب والمساعدة والصفاء وقد الحبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو ثروة أو فقد مكانه لاجتماعية أو الكرامة أو فقد الشرف أو فقد الصحة أو وظيفة حيوية والفر التنديد .
- الصراعات اللاشعورية
- الإحباط والعقل وحية الأمل والكبت والقلق .
- ضعف الأنا الأعلى وقهاام الذات والشعور بالذنب الذي لا يحقر بالنسبة لسلوك سابق والمعومه ومن العفود (من قائل) وتدهور الكفالية الجنسية والبيحوحة والتعاقد .

- الخبرات الصالحة والتفسير الحاطي غير الواقعي للخبرات.
- التربية الحاطنة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإملاء ... الخ).

علاج الاكتئاب :

يتم علاج الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطر محاولة الانتحار أما إذا كان هناك محاولات للانتحار فيحسن العناية بالمريض داخل المستشفى .

ويحسن بعد انتهاء العلاج أن يتردد المريض على العيادة النفسية مرة كل شهر لمدة ستة أشهر إلى سنة للتأكد من عدم الانتكاس وإن التحسن ليس مجرد فترة نقالية إلى طور آخر من الاكتئاب أو الهوس.

وفيما يلي أهم معالم علاج الاكتئاب:

- العلاج النفسي وخاصة العلاج النفسي وعلاج الأسباب الأساسية والموائل التي رسمت الاكتئاب والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدّة والتملص من الشعور بالذنب والغضب المكبوت والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وإيراز إيجابيات الشخصية والمساعدة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته وإشاعة روح التفاؤل والأمل وقد يسير العلاج كما لو كان في شكل محلكمه علفية (بدلاً من المحاكمة الداخلية) تنتهي بصنور قرارات وأحكام سلوكية تصحيحية .
- العلاج البيئي لتحفيف الضغوط والتوتر وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية (بتغييرها والتوافق معها) .
- العلاج الاجتماعي والعلاج الجماعي .
- العلاج بالعمل .

• **العلاج الترفيحي وإشاعة جو التناول والمرح حول المريض والعلاج بالموسيقى .**

• **الرقابة في حالة محاولات الانتحار وعلى الموم يجب عمل حساب لاحتمال الإقدام على الانتحار في مريض بالاكتئاب ويجب استكشاف اتجاهات للمريض نحو الموت والانتحار بطريقة علمية حذرة . ويريد من لاحتلال الانتحار فتحار شخص مهم في حياة المريض كأحد أفراد الدين ويلاحظ أنه على الرغم من أن عددا كبيرا من الناس يهدنون بالانتحار إلا أن عددا كبيرا من الرجال هم الذين يتحرون بالفعل**

• **العلاج الطبي للأعراض المصاحبة مثل الأرق (مومات) وفقد الشهية ونقص الوزن والإجهاد والتفكير المصاة للاكتئاب Antidepressive drugs مثل توفرازيل وتريبتيرول والمسكنات لتخفيف حدة القلق ومبيحات الجهاز العصبي (مثل مشتقات أمفيتامين Amphetamine) والمنشطات والمبيحات لزيادة الدفاع النفسي الحركي مثل كافيين Caffeine والصدمات الكهربائية وخاصة في حالات الاكتئاب الحاد المنسبب عن العوامل الداخلية أكثر من الاكتئاب التفاعلي وكذلك يستخدم علاج التنبية الكهربائي في حالة الاكتئاب البسيط والتفاعلي وفي حالة عدم جنوى الأدوية والصدمات الكهربائية وفي حالات نادرة حين يزمن الاكتئاب قد تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير .**

مثل الاكتئاب .

إذا قورن الاكتئاب بالهوس فإن الاكتئاب يردد لاحتمال إرمقه عن الهوس ومثل الاكتئاب العصبي أنصر بكثير من مثل الاكتئاب الذهاني

ومال الاكتئاب يكون أفضل إذا عولجت الحالة علاجاً مناسباً وقبل حدوث أي تدهور في الشخصية وكلما كلفت الشخصية قبل المرض متكاملة ومرة ومتوافقة

ثامناً: العصاب الصلبي : Traumatic Neurosis :

الإنسان يتعرض لمواقف ومنبهات مختلفة القوة إلا أنه عادة ما يكون في مقدوره السيطرة عليها والاستجابة لها استجابة تحقق له المكسب أو تبعده عن الإضرار البالغ بشخصه، لكن هناك بعض الأشخاص الذين يتعرضون لمواقف أو منبهات بالغة الشدة أو الخطورة بحيث لا يمكن السيطرة عليها أو يجدون أنفسهم عاجزين عن منع ضررها عليهم كما يحدث في مواقف الازلازل وحالات الحروب والانفجارات والحوادث وتسمى مثل هذه المواقف بالصدمات وينتج عن بعض هذه المواقف أمراض نفسية تسمى بالعصاب الصلبي أو عصاب الصدمة ومن أمثلتها عصاب الحرب War Neurosis .

ذلك أن من يعاني يحدث دأهم خطير يفقد معه السيطرة على الموقف بعدو صحية لعصاب الصدمة، وذلك لأن الصدمة تولد كميات من التوتر تنصرف في صورة أعراض مرضية لتفاعلية قهرية وأرق واضطراب في النوم مصحوب بأحلام يتكرر فيها موقف الصدمة بعينه السيطرة على الانفعالات المرتبطة به، وقد يسترجع المريض موقف الصدمة في حالة اليقظة فحياً المرة تلو المرة في مجلته وأفكاره ووجدانه.

عاشراً: فقدان الشهية العصبي أو رفض الطعام العصبي Anorexia Nervosa :

يبدأ المريض حلصة في الآفات المرافقات ونادراً ما يصاب به الرجل وتدمج الآن تحت اضطرابات الأكل المنفصلة عن الهستيريا ويظهر المرض بعد صراع نفسي بشأن الخطوبة أو الزواج أو خيبة الأمل بالنسبة لعمل ما، ومن الناحية التحليلية يبدو الكثير من هؤلاء المرضى وكأنهن يربطن بين

البذرة والحمل وبالتالي بالجنس الذي يتكرر منه ويحاولون كبته وعاده ما تعاني مريضة فقدان الشهية العصبي من البرود الجنسي.

وبسبب انتشار المرض بين النساء والرجال تصل إلى ٨ : ١ وتدل الأبحاث الحديثة عن وجود رهاب مرضي من الفور وكذلك اضطراب في إدراك المريضة لحدود جسمها إذ أنها ترسم نفسها بالرغم من الهزال الشديد وكلها طيمنية أو تميل إلى السمنة. وحتى الآن لا يوجد علامات واضحة في اضطراب إفراز الغدد الصماء إلا بعض هرمونات الهيبوثلاموس وإن كان لبعض يعتقد أنها تقوية وليست الأملس .

ويتميز المرض بالآتي :

١- رفض الطعام وليس فقد الشهية كتمدية المرض ومقاومته بكل الطرق على الرغم من جميع التسهيلات وأحياناً يأخذ مسهلات أو يوضع الإصبع في الفم لإرجاع الطعام أو يعمل مجهود جسمي ورياضي يعوق القدرة العادية أو باستعمال أقراص التخسيس المختلفة.

٢- توقف الطمث.

٣- فقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال

كذلك يبدو الجلد جافاً رقيقاً وينخفض ضغط الدم وتصلب الأطراف بالبرودة وبعض الرقة مع إمساك شديد ويتنبأه هذا المرض مع نقص إفراز الغدة النخامية ولكنه يتميز هنا بأنه على الرغم من الضعف الشديد والهزال الواضح على المريضة إلا أنها تتمتع بحوية ونشاط عقلي وجسمي لا يتوفر في مريضة الغدة النخامية وغالباً ما تتميز بالخصوبة بعدم التصبج الاتفمالي كالشخصية الهيسترية والحية ولكن أحياناً ما تكون الشخصية قهريّة

ويقابل الأطباء صعوبة شديدة في علاج هؤلاء المريضات بل وتصل نسبة الوفاة في مثل هذه الحالات إلى ١٥% ويتحول المرض إلى درجة مرمية في ٥٠% من المريضات.

ويجب تحول المريضة للمستشفى ومكوثها في السرير وإعطائها كميات من المهدئات والمطمئنتات والأمنويات وطعم حفيف مقوي بالمواد والعينات اللازمة ثم بعد ذلك يبدأ في عملية التعرّيج النفسي وكثفت الدواعي الذهبية لهذا الإلتحار البطيء، ويجب إعطاء حقيقة وربها حلصة في بدء العلاج وتحتاج المريضة إلى رعاية نصية طويلة والعلاج الأسس الحديث هو العلاج السلوكي المعرفي حيث يوجد حل في النظم المعرفية لدى هؤلاء المرضى من الحوب الشديد من السمعة والإثراك المرضي بصعوبة حجمها بالرغم من هزلها وتمجيد وتطعيم دور النخافة حيث يلتحق بالباله لو سبق المرات أو العمل كموديل، وينتشر المرض في المجتمعات التي تجعل مقياس الجمال مواكبا للنخافة ولذا فانتشارها في مصر والبلاد العربية أقل من البلاد الأوروبية وتحتاج المريضة حسب أعراسها لمصادات الاكتئاب والقلق وأحيانا مضادات الدهان وقد تحتاج الحالات المصاحبة لاكتئاب شديد وميول انتحارية لجلسات الفكرية.

خاتمة عشر: النهم (الشره العصبي): Bulimia Nervosa

وتدرج لخصاً تحت اضطرابات الأكل، وهذا الاضطراب على صفة وطيدة يعقد الشهية العصبي وعادة ما يكون وزن المريضة معتدلاً أو تميل إلى السمنة ويتميز بنوبات من الشره في الطعام خاصة السكريات والنشويات وتناول كميات كبيرة وبعدها محاولة البدء في القيء بوضع الإصبع في الفم وقد دلت الأبحاث الحديثة على انتشار هذا المرض بين المراهقات وسقيرات المس. ويعيد هذا العلاج السلوكي المعرفي وله أساليبه الخاصة ولكن يستجيب هذا المرض لمجموعة (SSRI) مثبطات استرجاع السيروتونين وأكثر مريضات هذا الاضطراب شهرة هي الأميرة ديانا مملكة الأمير تشارلز ولي عهد بريطانيا.

ثاني عشر. فقدان الذاكرة . *Amnesia*

هي من أهم الحيل التي يلجأ إليها الإتصال عند مواجهة الشدائد وفقدان الذاكرة عملية بسيطة لا يعي بها مجرد النسيان وعادة ما يفقد المريض ذكركه فجاء وأحياناً يستمر ذلك لمدة ساعات وليام أو شهور ولا مانع من أن يتصرف أثناء هذه الفترة كأني قسلس سوي، إلا أنه فاقد الذاكرة بالنسبة لبعض الأحداث ومن الأمثلة على ذلك المريض الذي كل يعمل يتهرب بعض البصائع من إلبيا إلى مصر وبعد تعلمه كل المولد التي وصع فيها كل ثروته إلى أهد رملاته في العمل اختفى هذا الرميل ولم يستطيع المريض تحمل الصدمة فعقد لذاكرة لكل الأحداث السابقة وكذلك اسمه.

وما يعتقد البعض أنهم يدعون المرض ولا يعقل أن ينسى فرد اسمه فبدأ معالمتهم بقوة والغظة دون جدوى .

ويختلف فقدان الذاكرة الهستيري عن الأمراض العصبية في أن المريض بالهستيريا يتذكر كل ما يحدث ما عدا فترة معينة في حياته، أما المريض مثلاً بحيوب الشجوة فيتذكر الماضي ولكنه لا يستطيع أن يحترق المعلومات الحديثة وما فعله لمس ولهذا فهو يتكلم دائماً عن ليام الماضي لأنه لا يتذكر ليام الحاضر. أما فقدان الذاكرة الذي يصحب ارتجاج المخ أو النوبات الصرعية فعادة ما يكون للفترة السابقة على الحادث فقط.

ويلاحظ في الاضطرابات العصبية أن هناك عادة علامات أخرى لاضطراب الجهاز العصبي بالإضافة إلى علامات وصحة وعميقة من تشوش الوعي وسوء الالتهاد وإبراك متذبذب ويشير فقدان الذاكرة القريبة جداً أكثر إلى حالات عصبية بعض النظر عن أي أحداث أو مشكلات محتملة. لما فترات التعيم المؤقتة بسبب سوء استخدام الكحول أو العقاقير فترتبط ارتباطاً وثيقاً بفترة سوء الاستخدام ولا يمكن استرجاع الذاكرة المفقودة كما لا يتضمن فقدان الذاكرة بعسي المبدأ فقدان الذاكرة قصيرة المدى التي يشاهدها في حالة النساوة

(زملة كورسكوف) والتي يبقى فيها الاسترجاع الفوري ملهماً ولكن تضيع القدرة على الاسترجاع بعد حقيقتي أو ثلاثة دقائق .

وقد دلّ الذاكرة الذي يلي لرتجاع الملح أو بصلابة الرأس الخطيرة عادة ما يكون أثره تراجمي الاتجاه وقد يكون أثره في الحالات الشديدة لملمى الاتجاه وقد دلّ الذاكرة الانتشافي هو الوحيد الذي يكون تحديله بواسطة الإيحاء التتويمي أو بالتفريغ النفسي، أما فقدان الذاكرة الذي يلي الدوبة في مرضى الصرع وفي حالات الغيبوبة أو الخرس الأخرى فتبيّن أنها أحياناً في الأمراض انفصالية أو الاكتئابية فيكون تمييزها عادة بواسطة الحصائص الأخرى للمرضى الأساسيين أما التمييز الأصعب فيكون في حالات التقليد الواعي لفقدان الذاكرة (التمارض) وقد نحتاج هنا إلى تقويم متكرر وتفصيلي للشخصية قبل المرض ولذو القربى المرضى وعادة ما يصاحب التقليد الواعي لفقدان الذاكرة مشاكل واسعة خلصة بأموال أو خطر الموت في زمن الحرب أو أحكام محتملة بالإعدام أو السجن .

ثالث عشر: تشوش الوعي والهذيان الهستيري:

وهنا تنقلوت درجة اضطراب الوعى فأحياناً يهذي المريض بكلمات غير مفهومه ثم يتكلم لغة خاصة به، مما يجعل العامة يعتقدون بأنهم يتحدثون بلغة الأرواح الشريرة له ويعادها بالبحور والمحيطات. ويصل أحياناً اضطراب الوعى إلى حالة السباق الهستيري وفيها يتوقع الفرد عن أي حركة ويصبح في حالة من التأمل والتمسك لذاتي والشوة. ولكنه متصل بملم آخر ويوجد ذلك في محترفي اليوجا وفي بعض الفلسفات الصوفية والمجنونين دينياً

رابع عشر: الانتحار Suicide

تعريف الانتحار وطبيعته:

من الجوانب الجديرة بالاهتمام عدد دراسة الانتحار، تحديد مفهومه فقد توجه بعض الباحثين إلى وضع تعريف الانتحار من خلال تأكيدهم على عنصر

المعرفة وإدراك النتيجة الناشئة من فعل يؤدي إلى الموت قد عرف بوركام Durham (١٨٩٧) الانتحار على أنه "كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل إيجابي أو سلبي يقوم به الفرد بنفسه وهو يعرف أن هذا الفعل يصل به إلى الموت) .

وقد اقتصر بعض الباحثين على المعنى اللغوي في تعريفهم للانتحار حيث عرفه "مكرم سمعان" (١٩٦١) بأنه كل فعل أو العمل يقوم بها صاحبها لقتل نفسه بنفسه وقد تم له ذلك وانتهت حياته نتيجة هذه الأعمال وكذلك عرفه "إبراهيم منكور" ١٩٧٥ على أنه قتل الإنسان لنفسه .

كما ذهب البعض لباحثين في تعريفهم للانتحار إلى التعبير بين نوعين من الانتحار هما الانتحار الحقيقي - أي الموت الجسدي - والانتحار النفسي ، وقد عرفه وللم الحولي (١٩٧٦) بأنه قتل الإنسان لنفسه صدا كما عرف نوعا آخر يسمى بالانتحار النفسي psychic suicide على أنه نوع من الانتحار غير الصريح حيث يردد البعض في الحياة تملأ وبهضوبات وتكفهم عوامل اليأس إلى تحطيم أنفسهم فوصفون بحالات مرضية .

وبالنظر لمجموعة التعريفات السابقة نجد أنها تشير إلى أن الانتحار فعل أو حدث مفرد إلا أن بيكه وآخرين (١٩٧٩) رفضوا ذلك وأشاروا إلى أن الانتحار ليس حدثا منعزلا بل هو عملية مستمرة وفي السلوك الانتحاري يمكن تصوره باعتباره واقعا على متصل لقوة كصفة تشمل تصور الانتحار ثم التاملات الانتحارية يليها محاولة الانتحار وأخيرا إكمال هذه المحاولة .

ويتفق بوير وريتش Bohner & rich ١٩٨٧ مع ما أشار إليه بيكه وآخرون ١٩٧٩ في كون السلوك الانتحاري عملية ديناميكية معقدة بدلا من كونه حدثا منعزلا ثابتا قد عرفا السلوك الانتحاري بأنه "عملية مركبة" من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامل وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط ثم التخطيط للانتحار النشط وفي النهاية تتركهم محاولات انتحار نشطة

لدى الفرد. وقد يتنبذ مركز الفرد في هذه العملية وفقا لتكثير العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية".

معدلات انتشار الانتحار :

الانتحار ظاهرة واسعة الانتشار بين المراهقين والراشدين فالاتجاه المرمي لزيادة معدلات الانتحار بالنسبة للشباب قد تم تسجيله على نحو جيد على مر السنوات القليلة الماضية، وتصبح في محل الانتحار بين أولئك الذين يقومون في المرحلة العمرية من ١٥ - ٢٤ سنة قد تضاعفت إلى ثلاث مرات تقريبا في العشرين سنة الأخيرة.

وقد أشار دافيز Davis ١٩٨٥ إلى أن معدل الانتحار الكامل لدى المراهقين والشباب ذوي الأعمار ١٥-٢٤ قد زاد إلى ما يقرب من ٣٠٠% على مدى العقود الثلاثة الماضية .

وفي مسح قام به رود Rudd ١٩٨٩ على عينة من طلاب الكليات توصل إلى أن أكثر من ٤٣% من هؤلاء المشاركين شعروا بمستوى معين من تصور الانتحار خلال السنة المصفاة للمسح ومن هؤلاء وجد أن ١٤,٥% تصرفوا بشكل ما وفقا لذلك التصور دون القيام بمحاولات فتحار وأن ٥,٥% منهم قاموا بمحاولات فتحار فعلية.

وكذلك أشار شريف وكانكل Shreve & kankel ١٩٩١ إلى أن نسبة الوفيات بسبب الانتحار في أمريكا تزداد إلى ٤٠% كما أشار أيضا إلى أن هذه الإحصائيات لا تشمل عددا كبيرا من الوفيات التي لم تسجل كتفحار، إلقاء العائلات من شرف الاجتماعي للانتحار .

وقد توصل بيتري وبروك Patria & Brook ١٩٩٢ إلى أن ٨٨,٧% من عينة دراستهما اتخطوا المستشفى بسبب جرعه زائدة من العقاقير وأن ٤,٧% حاولوا إيذاء أنفسهم وأن ٦,٦% حاولوا الانتحار من خلال إطلاق الرصاص على أنفسهم أو القفز من أماكن مرتفعة أو الضيق.

وعن الإحصائيات الحديثة في مصر، فقد أسفرت عن أن معدلات الانتحار ومحاولته ارتفعت بشكل كبير حيث وصلت النسبة إلى ٣٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ في القاهرة بينما وصلت نسبة الانتحار الوطني إلى ٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ كذلك كان ٦٠% من محوли الانتحار في مصر من الذين تتراوح أعمارهم من ١٥-٢٤ سنة بينما بلغت النسبة لدى طلاب الجامعة ١٠% أما عن المشاعر الانتحارية لدى طلاب الجامعة فقد وصلت نسبتها إلى ١٢,٦% .

وجدير بالإشارة هنا إلى الأرقام والنسب السابق ذكرها لا تعبر عن الشكل والحجم والحقوقيين للمشكلة ، وذلك لأن هناك عدم دقة في التقديرات الإحصائية عند رصدها لمحاولات الانتحار لأسباب عديدة منها أن كثيرا من حالات الانتحار لا تسجل في المستشفيات كما أن نسبة كبيرة ممن يسجلون، يتم تسجيلهم على أنها مجرد حوادث طارئة .

ومما سبق يتضح أن أهمية المشكلة لا تحي مجرد الانتشار المرتفع للظاهرة ذلك لأن النظرية الميكولوجية تتضمن العملية المرضية في الفرد دون أن تصم في ثناياها العملية الانتشارية من فرد لآخر، وبالتالي فإن الانتشار مع عدم دقته وانحلاسه عن التقدير الحقيقي ليس هو المعيار الحقيقي لأهمية المشكلة، وإنما تكمن أهمية المشكلة في كيف هذا الانتشار كيف خاصة إذا وجدنا أن ظاهرة الانتحار لا تنتشر بين جميع فئات العمر وإنما تتركز في الفئة العمرية من ١٥-٢٤ سنة وفي العشرينات بوجه عام وهي فئة الشباب وما يمثلها من قوة في بناء مجتمعه وما يمثلها أيضا من مستقبل لهذا المجتمع .

وعن العروق بين الجنسين في محاولات وطرق الانتحار الناجحة يشير وريتش وآخرون إلى أن الذكور أكثر دافعية في محاولات الانتحار الناجحة أكثر من النساء وذلك لأن الذكور يخفون من عدم المروحية الاجتماعية، كما يخفون أيضا أن يظهروا بمظهر الضعف باعتبارهم قتلارين ولهذا الأسباب فقبهم حينما يقومون بمحاولات انتحار فتكون ناجحة غالبا. كما أشار وريتش وآخرون أيضا أن الذكور يستحمون الأسلحة النارية والشنق في محاولات

قتحارهم لما الإثبات فيمتخدمون العقاقير أو يقطعن الأوردة الدموية بأيديهم في محاولات قتلهم من .
الاكتئاب والانتحار :

يعتبر الاكتئاب من أهم العوامل المرتبطة بالانتحار حيث يعد الاكتئاب من أكثر التشخيصات النفسية المرتبطة بالانتحار إذ أن المكتئب شحص محبط ورافص للحياة وينتحر حوالي ١٥% من لديهم اكتئاب شديد، وبين المنتهرين لوحظ أن ٨٠% منهم كفوا يحقون من الاكتئاب، كما لوحظ أن ٢٥% من المنتهرين كفوا آدميون حيث أن إصاى بعض المواد يطلق المثبطات لدى لمرضى المكتئبين فيجعلهم يقتمون على الانتحار .

وبالرغم من أن غالبية حالات الانتحار قد لا تقتاسب كأصص ما يكون في أي تصنيف مرضي معين إلا أن الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات الهوس والقلق واضطرابات الدعر وغير ذلك من الاضطرابات النفسية تكون متعلقة ببعض أشكال الانتحار ويعتبر الاكتئاب هو أكثر الاضطرابات النفسية تكررأ لدى محاولي الانتحار .

وهذا ما أشار إليه "ويرريكي" بأن محاولة الانتحار مرتبطة بمتغيرات سلوكية ونفسية معينة مثل الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية وصعوبات الحياة الشديدة والألم أو المرض وفقد الحديث لأي شخص أو شيء عزيز واستخدام المخدرات والكحول .

وفي تتبع طويل المدى وجد أن ١٥% من الأفراد المكتئبين يقتلون أنفسهم في النهاية كما لوحظ أن ٦٠% تقريبا من حالات الانتحار ترجع إلى الاكتئاب أو الاكتئاب المصحوب بسوء استخدام الكحول .

وفي إطار دراسات الإمبريقية التي أجريت للتحقق من جوهرية العلاقة بين الانتحار والاكتئاب أجرى ديك دراسة بهدف التعرف على الاتجاهات الإيجابية والسلبية التي تكمن وراء تصور الانتحار ومقياس ثيلس

وقائمة أسباب الحياة على عينة من طلاب الجامعة وأسعرت النتائج عن وجود ارتباط موجب جوهري بين الاكتئاب وكل من اليأس وتصور الانتحار ، بينما ترتبطت أسباب الحياة ارتباطا سالباً جوهرياً بكل من اليأس والاكتئاب وتصور الانتحار .

ويبدو من عرض الدراسة السابقة وجود ارتباط موجب جوهري بين الاكتئاب والانتحار كما أن الاكتئاب يعتبر من أقوى الميول بالانتحار وهذا ما أشارت إليه معظم نماذج العوامل المتعددة المراجعة حيث حُدد الاكتئاب باعتباره أفضل منبئ معروف لتصور الانتحار .

وقد أجريت عدة دراسات بطريقة للتحقق من صحة هذا الافتراض النظري ومن هذه الدراسات تلك الدراسة التي أجراها ليستر وعبد الخالق على عينتين من طلاب الجامعة أحدها أمريكية وثقافية كويتية وطبق الباحثان قائمة بيك للاكتئاب ومقياس بيك لليأس وتم سزال الطلاب عن الأفكار الانتحارية التي راونتهم في الماضي والحاضر بالإضافة إلى استخدام بعض المقاييس الأخرى وتوصلت الدراسة إلى نتائج عديدة تشير في مجملها إلى وجود مستوى من الأفكار الانتحارية لدى الطلاب الكويتيين أكثر منها لدى الطلاب الأمريكيين ، وقد تقبأ الاكتئاب أكثر من المتغيرات الأخرى وبشكل جوهري بتصور الانتحار لدى كل من العينة الأمريكية والعينة الكويتية .

كذلك تم التحقق من افتراض النظري السابق لدى العينة م طلاب المدارس الثانوية في الدراسة التي أجراها (دي مل De Man) والتي هدفت إلى فحص المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتصور الانتحار حيث طبق الباحث كلا من قائمة بيك للاكتئاب ومقياس تقدير الذات وقائمة مسح خبرات الحياة واستتجار المساعدة الاجتماعية على عينة من طلاب المدارس الثانوية وأسعرت النتائج عن أن عزل تأثير الاكتئاب أدى إلى تصالول حجم الارتباط بين تصور الانتحار وكل من تقدير الذات وأحداث الحياة والمساعدة الاجتماعية.

كما تم التحقق من هذا الافتراض النظري لدى عينة من المسجونين وذلك من خلال الدراسة التي أجراها دير على عينة من المسجونين طبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الانفعالية المختلة وظيفياً functional dysfunctions scale ، ومقياس تصور الانتحار وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط موجب جوهري بين الاكتئاب وتصور الانتحار بعد عزل درجات الانفعالية المختلة وظيفياً بينما جاء الارتباط غير الجوهري بين الانفعالية للمختل وظيفياً وتصور الانتحار حينما تم عزل درجات الاكتئاب

ولكن كإلى الاكتئاب يعتبر أقوى مبدئ بالنسبة لتصور الانتحار عن المتغيرات النفسية الأخرى المعنية في الدراسات السابقة إلا أن هذا الأمر أثار جدلاً كبيراً بين الباحثين حيث أنه لا بد أن يسلط اليأس الاكتئاب حتى تزداد احتماليته وقوع الانتحار .

أسباب الانتحار وتفسيراته :

تتعدد أسباب الانتحار ويرجع ذلك الأمر إلى اختلاف التوجهات النظرية التي اهتمت بتفسير ظاهرة الانتحار وأسبابها وعوامل نشأتها وسوف نوضح التفسيرات النظرية لظاهرة الانتحار على النحو التالي :

أولاً : التفسيرات النفسية

١- تفسيرات نفسية ذات اتجاه تحليلي :

ينظر المحللون النفسيون للانتحار باعتباره ظاهرة نفسية داخلية وباعتباره راجعاً إلى اضطراب العلاقات اليبشخصية وفيما يلي التفسيرات التحليلية للانتحار على النحو التالي :

أ- الانتحار باعتباره ظاهرة نفسية داخلية : Intrapsychic

وهنا يتم تفسير الانتحار على أساس وجود ألم نفسي لا يحتمل ، ويكون هذا الألم شعورياً. فحينما يكون الموقف غير محتمل ويريد الشخص اليأس أن

بحرج منه فيلجأ إلى الانتحار وهذا ما لاحظته (موري) بأن الانتحار وظيفة لأنه يريد أن يلعب توتر مؤلماً للفرد وأنه يقدم شعاعاً من معاناة غير محتملة.

كما يفسر الانتحار طبقاً للنقص المعرفي ذلك الذي يشير إلى الجمود في التفكير وصعوبة التركيز والرؤية المعقدة فالشخص الانتحاري من الناحية المجازية يكون مسمماً أو محترقاً بالنقص ولا يعرض عند اللحظة التي تسبق موته سوى تشوشات حلصة بصدمة أو جرح (مثل القتل في العمل - رفض من الأفراد المقربين منه) وفي مواجهة الصدمة يصبح الحل هو النقص المعرفي الذي يمثل أخطر أشكال العقل الانتحاري.

كما يفسر الانتحار طبقاً للتعبيرات غير المباشرة indirect expressions فالشخص الانتحاري يشتم بثغية الوجدان، ليس فحسب بلنسبة للعب والكرهية ولكن قد يكون هناك صراع بين البقاء والألم غير المحتمل، ويخبر الشخص الانتحاري بالألا وخصوصاً ولاء وطاعة أو ضرباً بالمساطر وحتى مازوحيه في بعض الأحيان. وعلاوة على ذلك لا يكون الشخص الانتحاري شاعراً سوى بجزء من العقل الانتحاري وتكون القوى الحافظة للانتحار وهي عمليات لا شعورية إلى حد كبير.

كذلك يفسر الانتحار باعتباره رجاءاً إلى صعب الأنا، حيث تجدد الأنا باعتبارها جزء العقل الذي يتفاعل مع الحقيقة ولها إحصاء بالفردية. وبناء على ذلك قوة الأنا هي عامل وقائي ضد الانتحار، أما صعب الأنا فيرتبط على نحو إيجابي مع خطورة الانتحار فالأشخاص الانتحاريون يعرضون على نحو متكرر صعباً نفسياً في قدرتهم على تنمية ميول تسييرية والفتيل على صعوبات الشخصية ويرجع صعب الأنا إلى أحداث الحياة الجارحة مثل (الخسارة - العرض - القتل).

الانتحار اضطراب في العلاقات بين شخصية Interpersonal relations disorder
إن الشخص الانتحاري له مشاكل في تأسيس أو البقاء على علاقة بينشخصية (العلاقة بالموضوع المحبوب) فيوجد على نحو متكرر كوقف

بيشخصي غير محتمل (تكليه سائدة) وربما كان النمو الإيجابي في تلك العلاقات المضطربة هو الحل الوحيد للاستمرار في الحياة ولكن مثل هذا النمو كان يرى باعتباره لم يحدث، فتحيط الحاجات النفسية للإنسان، ويقدم الفرد على الانتحار بسبب الإحباط الحاجات النفسية على نحو بيشخصي .

كما يسمى الانتحار أيضاً وفق لفرض الرفض - العدوان rejection aggression hypothesis حيث يعتبر الرفض loss أمراً أساسياً في الانتحار فالفقد غالباً ما يكون رهساً يحير هجر. أنه يؤدياء درجياً غير محتمل ويؤدياء يؤدي إلى كراهية موجهة نحو الآخرين ولوم للذات. وباعتبار إن الشخص الانتحاري يتسم بمثالية وجدائية عنيقة وفي لطلق تلك المثالية فقد يصبح الانتحار كوصاً إلى دوافع قاتلة للذات وقد يكون الانتحار عدواناً محبوباً .

وفضاً لفرض التوحد - الخروج identification egression hypothesis فقد اقترح فرويد أن التوحد الشديد مع شخص مفقود أو مفروض أو كما وضح ريلابورج zilboorg أن التوحد مع أي فقد مثالي (الحياة العملية - الحرية - الصحة) يكون حاسماً في فهم الشخص الانتحاري ويحدد التوحد بأنه ارتباط (صلة) قائمة على رابطته لفعاليه عامة مع شخص آخر (موسوع) أو أي مثالي وإذا لم تتحقق هذه الحاجة الاتفعالية فلن الشخص الانتحاري يخبر لماً عميق (عدم الراحة) ويريد أن يبتق بمعنى أن يترك أو يخرج أو يملد لوكون ميتاً.

ثانياً . تفسيرات نفسية ذات اتجاه غير تحليلي .

وتتميز تلك التفسيرات عن التفسيرات التحليلية في كونها لا تفترض وجود مجموعة من الديناميكت النفسية أو ميكانيزم لا شعوري شامل ولكنها تؤكد على مظاهر نفسية معينة تبدو ضرورية لوقوع حدث الانتحار المهلك وتتمثل هذه المظاهر في الآتي :

١- نشوش حد أي زيادة في حالة الاستياء العام للفرد

٢- عدائية مرتفعة وزيادة في إنكار الذات وكراهية الذات والإحساس بالاعتراف والشعور بالذنب ولوم الذات

٣- زيادة حادة وهجسية تقريبا في انخراط التركيز العقلي أو تقليل عمليات التفكير وتصنيف المحتوى العقلي وصعب القدرة على رؤية احتمالات حيوية والتي يمكن أن تحدث على نحو عادي للعقل

٤- فكرة التوقف والاستبصار الذي يمكن أن يصعب نهاية للمعاناة بتوقف الانسحاب غير المحتمل وفهم الانتحار في هذا السياق ليس كحركة نحو الموت (أو التوقف) ولكن يفهم كنوع ما للهروب من الفعل لا احتمال .

ثالثا: الخصائص الاجتماعية للانتحار:

إن تناول ظاهرة الانتحار باعتبارها ظاهرة نسبية بحثة يجعل المشكلة لعادية للبشر ويمزج الفرد كجهاز مطلق عن ببقية المثيرات الاجتماعية التي تحيط به والتي تؤثر فيه، وعلى هذا الأساس قام علماء الاجتماع بتقديم تفسيرات اجتماعية لظاهرة الانتحار .

فقد ذهب "إميل دوركايم" إلى أن ظاهرة الانتحار كظاهرة اجتماعية ترتبط أساسا بالنظام الاجتماعي وما يطرأ عليه من ظروف تغير مفاجئة أو ما يجري على الجماعات الاجتماعية.

وقد اقترح دوركايم أربعة أنواع للانتحار جميعها تؤكد على قوة أو ضعف علاقات الشخص. فالانتحار الأثني egoistic suicide حينما يكون للفرد روابط قليلة جدا بالمجتمع والانتحار الإيثاري altruistic suicide حينما يكون للشخص روابط اجتماعية قوية جدا لدرجة أنه يصحى بنفسه من أجل الجماعة ويحدث الانتحار اللاعياضي anomic suicide حينما نتعظم فجأة العلاقة المعتادة بين الفرد والمجتمع مثل وقوع الصدمة وفقد مباشر للعمل أو صديق حميم أو ثروة، ويحدث الانتحار الجبري fatalistic suicide

من تنظيم متردد يفرص على الأشخاص مثل السيد حيث لا يروا بصيص أمل
للحرية في المستقبل .

ويشير دوجلاس الذي اختلف مع وجهة نظر دوركايم إلى أن المعاني
الاجتماعية للانتحار تختلف بشدة فكما تكاملت المجموعة على نحو اجتماعي
كثير كلما زاد اشمئزها من الانتحار. كما أن ردود الأفعال الاجتماعية للملوك
لانتحاري يمكن أن تصبح بعضها جزء من أسباب نفس التصرفات التي تسعى
للمجموعة إلى سبيلها. ويعتقد "ماريس" أن النظرية المبهجة للانتحار يجب
وإن تتضمن أربع فئات واسعة الانتشار على الأقل من المتغيرات تلك التي
تحسن الفحص والميلق الاجتماعي والعوامل البيولوجية والسلطة السياسية
التي غالباً ما تتضمن السير الانتحارية .

علاج الانتحار :

توجد صعوبة بالتدبير بالانتحار ولذلك يعتبر الانتحار أكثر الطوارئ
النفسية حيث أنه يصعب التعرف بدقة لدى المفكرين. ومرعى الانتحار غالباً
لا يقبلون العلاج في العيادات الخارجية كما أنهم يقومون بدور المستشفيات
ويكونون عرضة لتكرار محاولات الانتحار أثناء العلاج .

وبصفة عامة يمكن علاج بعض حالات الانتحار في العيادات الخارجية
مع وجود نوع من الدعم الاجتماعي ومع عدم وجود خطط للانتحار وعدم
وجود سلوك انتحاري للقيام بالانتحار أما إذا لم تتوفر تلك الصمات فيجب أن
تدخل تلك الحالات إلى المستشفى للعلاج .

وهناك وسائل إرشادية نفسية يمكن أن تساعد بها محوли الانتحار وهي :

- ١- تقليل الألم النفسي بلديهم
- ٢- تهيئة الجو الأسري
- ٣- خفض الضغوط الشديدة الواقعة عليهم سواء في المدرسة أو العمل
- ٤- تقديم بدائل الانتحار من خلال تدريبيهم على حل المشكلات

علامة على ذلك هل استخدم مصداقات الكذب يمكن أن تساعد في علاج تلك الحالات، كما يجب إحصائهم للعلاج النفسي للكذب حيث يعتبر الكذب أهم العوامل المرتبطة بالاعتلال .

خمس عشر. الكذب كسلوك مرضي:

من المشكلات التي تتصل بالخوف اتصالاً وثيقاً مشكلة الكذب، ويرى بعض الباحثين أن الكذب الحقيقي عند الأطفال لا يشأ إلا عن خوف، والغرض الأساسي منه حماية النفس - ونظراً لشبوع الكذب وأهميته البالغة تتجه لدرسته وفقاً بذلك، ويرجع الاهتمام بهذا الموضوع إلى أسباب عدة :

لأنها: أن الكذب يستغل في العادة لتغطية الذنوب والجرائم الأخرى .

لأنهما: وجود علاقة كبيرة بين خصلة الكذب وخصلة السرقة والغش، وقد وجد الباحثون في جرائم الأحداث نوع خاص أن من تصف بالكذب يتصف عادة بالسرقة والغش، ولا غرابة في هذا إذا علمنا أن هذه الخصال الثلاث تشترك في صفة واحدة وهي عدم الأمانة في وصف الحقائق، نجد أن السرقة هي عدم الأمانة نحو ممتلكات الآخرين، وأن الغش هو عدم الأمانة في القول أو الفعل بشكل علم.

معنى الصدق والكذب:

ولنبدأ أولاً بتحديد معنى الصدق ومعنى الكذب، فكثيراً ما يشكل علينا الأمر فيما إذا كنا نعتبر الشخص كاذباً أو صادقاً - ويخيل إلينا لأول وهلة أن الصدق هو مطابقة القول للواقع. ولكن كثيراً ما يحدث ألا يكون القول مطابقاً للواقع، ومع ذلك يعتبر الشخص صادقاً كقول القمامة مثلاً بأن الأرض مسطحة ويقولهم أحياناً: أن الشمس تدور حولها وغير ذلك وكثيراً ما يحدث أن يكون القول مطابقاً للأصل ولكننا نعتبر أن الشخص كاذب، كقولهم: ويل للمطعمين، ثم الوقوف عند ذلك.

ويجبنا في الصديق أن تكون الذية متوفرة لمطابقة القول للواقع مطابقة تامة، ولا نحذر في الكذب توفر الذية لعدم المطابقة والتصيل، ولا ضرورة للتوسع في هذا فهو بحث طويل، ويحسن أن نترك الكلام فيه إلى أكاذيب الأطفال ونحن نعلم أن الأطفال كثيرًا ما يكذبون، فليس بحريص على الطفل أن ينكر أمام والديه خطأ قد أتاها، كما إذا كسر لنية أو حرب شيئاً ثميناً مثلاً ولكن الحريص أن يتكلم الآباء لهذا أشد الألم ويقلقون له ويسرعون، معتبرين أن الكذب فتحة لعهد تشرد وإجرام في تاريخ حياة أطفالهم .

وقد أجريت العادة أن ينصب الآباء على الأبناء بالنقد والإذلال والتشهير والصرب اعتقاداً منهم أنهم بذلك يصلحون لبلوغهم، ويقطعون دابر الكذب منهم ولكن أغرب من هذا أن تأتي هذه المعاملة بعكس ما يتوقع منها من نتائج، فيفسد الأطفال عادة على صحة كلامهم، ويقننوا في إلقاء الحقائق وتزييفها .

الاستعداد للكذب:

وقبل التوغل في الموضوع يجب أن نتذكر أن الأمانة في القول لو هي خير غصنة مكتسبة وليست فطرية، وهي صفة تتكون في المرء عن طريق التقليد والتدريب وغير ذلك من طرق التعلم المختلفة، ويجب أن نتذكر أيضاً أن الكذب ما هو إلا عرض ظاهري، والأعراض لا تهم كثيراً في ذاتها، وإنما الذي يهم هو العوامل والدوافع النفسية والقوى التي تؤدي إلى ظهور هذا العرض.

وهناك استعدادان يهيئان الطفل للكذب :

أولهما: قدرة اللسان ولباقته، ولعل هذا يوفق ما كانت جداتنا يقلن عن بعض الأطفال على سبيل المراح فكان يحسن أن الطفل الذي يخرج في الأسابيع الأولى لساقه ويحركه يمينه ويسره سيكون في مستقبل حياته قوياً كاذباً

ثانيهما: خصوبة الخيال ونشاطه، فخصوبة الخيال هي التي دفعت طبعاً صغيراً لم يتجاوز الثالثة من عمره لأن يقول بأن برغوثاً كبيراً خرج من كتاب تحت وطأ إليه ليلسه، وذلك بعد أن كان قد رأى صورة مكبرة لبرغوث في كتاب للمطالعة كانت تقرأه لخته وما ذكره الطفل نصه عن أنه رأى قطة ذات قرون، وكل هذا بعد إحصار أحله حروف العهد فافتزعت مخيلته قرون الحروف وزكبتها على رأس قطة، وصار يقول باسمها منشجاً بأنه رأى قطة ذات قرون، ولادعى طفل آخر بأنه رأى رجلاً ذا ثخين ولفه رأى فقوس الفراع بطرح موزاً، إلى غير ذلك من الأمثلة المتعددة الملوفة التي تظهر في ألعاب الأطفال المصحوبة بالخيال، والتي تسمى باللعب الإيهامي، والتي يمثلون فيها لباء وأسفات وعرائس ومرسقا ولصوصاً وغير ذلك.

أنواع الكذب:

١- الكذب الخيالي:

يسمى هذا النوع من الكذب بالكذب الخيالي، وإذا حكمنا على الطفل الذي يصدر منه هذا النوع من الكلام بأنه كاذب، كان ذلك كحكمنا على الشاعر، أو الروائي أو المسامر بأنه كاذب في المادة التي يأتينا بها بمساعدة خياله الحبيب وإساقه الذلق.

ومما يريح نفوس الآباء والمدرسين أن يطموا أن هذا ليس إلا نوعاً من أنواع اللعب يتملى به الأطفال وعند كشف هذه القوة الخيالية لرائعة يحسن توجيهها والاستفادة منها ولتوضيح معنى الاستفادة نأتي بالمثال الآتي:

كانت هناك بنت صغيرة اعتادت أن تجلس إلى والديها وتقص عليهما حكايات عجيبة وتدعى بأنها حقيقة وكانت تستمر في حديثها استرسالاً مشوقاً جدياً يملك تفكير المستمعين وفتياهم، فأخذها والدها إلى إحدى العيادات النفسية المشهورة في لندن لمعالجتها من هذا النوع من الكذب.

فلما درس المتخصص النفسي حالة هذه البنت، وجد أنها على مقدار عظيم من الذكاء، وأنها رائعة الحيل، طليقة اللسان، فتلو على والديها بأن يصحبا لها مجال التلايف، والتمثيل، وبعد مدة قصيرة نبغت في التمثيل والآنب نبوغاً ظاهراً، فألفت عدداً من الروايات وقامت بإخراجها على مسرح المدرسة، وكان هذا فاتحة لمستقبل باهر لها .

وإذا لم تفتح للطفل فرصة توجيه هذه الملكة وإيمانها فلا داعي للقلق والاهتمام بعلاج هذا النوع من الكذب، فالرمن وحده كفيل بذلك، ولكن قد يفيد إذا نحن سلناه بطريقة لطيفة بين حين وآخر، في كان متأكداً من صحة ما يقول، وإذا نحن جعلناه يحسن من سمات صورتنا بأننا نحب هذا النوع من اللعب وبشاركه فيه مشاركة لطيفة فنبادل له قصة بقصة وحيالاً بحيال ونشعره أيضاً بأن هذه القصص ممتعة ولكنها مخالفة للواقع .

ويقرب من هذا النوع إلى حد كبير نوع آخر يلتبس فيه على الطفل الخيال بالحقبة وذلك فهو يسمى الكذب الإلتباسي .

٢- الكذب الإلتباسي:

وسببه أن الطفل لا يمكنه التمييز عادة بين ما يراه حقيقة واقعة وما يدركه وانحساراً في مخيلته، الكثيراً ما يسمع الطفل حكاية خرافية أو قصة واقعية، فيسر على ما تملك عليه مشاعره وتسمعه في اليوم التالي يتحدث عنها كأنها وقعت له بالفعل .

ومن هذا النوع ما وقع من أن طفلاً شديد الحيل في الرابعة من عمره رأى في غرفة الأختين شيخاً محمداً مستدير الوجه ونسج العينين عريض الجبهة فذهب إلى جده وأبلغه في "الشيخ محمد عبده" يستلذه في غرفة الأختين، وقصص أن جد الولد كان قبل ذلك أيام فلان يصف الشيخ في مجلس من مجالسه لبعض رفاقه، وكان الطفل يستمع فارتسمت في ذهنه بعض الأوصاف، فلما جاء للفرق قال الولد في هذا هو "الشيخ محمد عبده"، وكثيراً ما يحدث في بعض الأطفال قصة عجيبة ولو تحقق الولد الأمر لعرفا أنها وقعت

للطفل في حلم، ومن هذا النوع أن يتنا في الرابعة قامت من نومها تبكي بالفعل وتقول أن بلع النعج المقيم في لحر للشارع يبيع حلماتها في منتصف الطريق ووسعت بشيء من القنطويل كل ما رفته في الحلم ولم تفرق الطفلة بين الحقيقة والحلم فقصت كل هذا على أنه حقيقة وكان ضرورياً لإدراكه توضيح ما جرى للطفلة .

وهذا النوع من الكذب يزول عادة من تلقاء نفسه إذا كبر الطفل ووصل عقله إلى مستوى يمكنه فيه أن يدرجه الفرق بين الحقيقة والخيال وليس معنى ذلك أن يتركه حتى يزول من نفسه، فليس من الإرشاد مع مراعاة مستوى عقل بعيد فائدة كبيرة من التلميحيتين الاتعمالية والإنتركية .

ويمكن أن يسمى هذين النوعين من الكذب بالكذب البريء، ولننقل منهما الآن إلى أنواع أخرى .

٢- الكذب الإيماني :

من أمثله أن يبالغ الطفل في وصف تجربته الخاصة ليحدث لذة ونشوة عند سامعيه وليجعل نفسه مركز إعجاب وتعظيم وتحقق كل من هذين الغرضين يشبع النزوع للسيطرة، ومن أمثلة ذلك أن يتحدث الطفل عما عنده في المنزل من لعب عديدة أو ملابس جميلة، والواقع أنه ليس عنده منها شيء أو يماحر بمقدرته في الألعاب لوفى لقوة الجسمانية دون أن يكون له فيها أية كفاية وكثيرون من الأطفال يتحدثون عن مركز ألبهم وكفايتهم ومد لقوتهم لحاكم البلد بل سيطرتهم عليه إلى غير ذلك مما يخالف الواقع عادة، وأمثلة هذا النوع كثيرة لا حصر لها.

فهذا الكذب موجه عادة لتعظيم الذات وجعلها مركز الانتباه والإعجاب ينشأ عادة من شعور الطفل بنفسه وتعظيم الذات عن طريق الكذب، لتعظيمه هذا للشعور بالنقص، وإذا سلمنا بهذا علمنا أن هذا الكذب الإيماني قد يتسبب في بعض الحالات من وجود الطفل في بيئة أعلى من مستواه في ناحية ما، مما قد يجعله يتوق للوصول إلى هذا المستوى الذي لم يتمكن من الوصول إليه بالطرق

الواقعية الحقيقية، حاول ذلك بطرق بعيدة عن الحقيقة مخالفة للواقع يحترعها من مخيلاته.

وبمباراة أخرى قد يتسبب الكذب الإدعائي عن عدم مقدرة الطفل على الانسجام مع من حوله، وعن صديق البينة التي يعيش فيها كالمنزل مثلا، بالنسبة للبيئة التي تصطره ظروفه لها كالمدرسة أو عن كثرة الإذلال والقمع الواقعين عليه ممن حوله من الذين لا يريدون له الظهور، فهي مثل هذه الأحوال يحسن أن نكتشف التواحي الطبية في الطفل، ونوجهها لتثبت نباتا حسنا، ولشعره حقيقة بأنه وإن كان يقل عن غيره في ناحية ما فإنه يفوقهم في نواح أخرى كثيرة، فيتمكن الطفل بذلك من أن يعيش في عالم الواقع بدلا من أن يعيش في عالم خيالي واه ينسجه لنفسه وبهذا تترتد للطفل ثقته ويحول عنه إحساسه بنقصه.

ومن أنواع الكذب الإدعائي أن الطفل يدعي المرض، أو يدعي أنه مضطهد مظلوم أو سبى الحظ إلى غير ذلك، وهذا يحصل على أكبر قسط ممكن من العطف والرعاية ويحدث هذا عادة من الطفل الذي لم يحصل من والديه على العطف الكافي، والذي وجد بالتجربة أنه يحصل على قسط والفر منه في حالة المرض أو المسكنة.

هذا النوع من الكذب، المعروف بالكذب الإدعائي يجب الإسراع إلى علاجه في حالة الصغر، وإلا نما مع الطفل وراى حتى أصبح ديننا له يصاحبه في غنوه ورواحه وهذا ما يسمى عند العامة (بالمعرة) وكثير من الناس يتحدثون عن ربههم أو كتاباتهم أو أوصيتهم أو شهاداتهم، وعن أسفارهم وأبحاثهم، وجلال أعمالهم وخدماتهم ونحن على ثقة من أنهم لم يؤثروا شيئا ولم يقوموا بشيء.

٤- الكذب الغرضي أو الأنفي :

وقد يكذب الطفل رغبة في تحقيق غرض شخصي ويسمى هذا النوع بالكذب الغرضي أو الكذب الأنفي ومن الأمثلة للشائعة لهذا النوع أن يذهب

طفل لأبيه مطالبا بإياه ببعض النقود مدعيا أن والدته أرسلته لإحصارها منه لقضاء بعض حوائج المنزل، والواقع أن الطفل كان يريد أن يفسد لشراء بعض الحلوى ومثل حجر من طعل كل يرسوم على حيطان الحجرات بالقلم الذي يشتري في المنزل للتعبئة، فالحضر له والده مبيورة يرسم عليها، فوشغل بها من الكتابة على الجدران أو التخطيط على أثاث المنزل. وفي يوم ذهب إلى والده طالبا قطعة من الطباشير فلخرج له أصيحا وأعطاه نصفه فقط. ولما كان يريد الحصول على أصبع الطباشير كاملا أخذ النصف الذي أعطاه لياه والده وجرح من حجرة الوالد، ثم غلب فترة قصيرة وعاد يقول أن قطعة الطباشير قد فقدت، فخرج معه والده ويحدث عنها فوجدها محبأة خلف المبيورة فأخرجها له وقال له أنها لم تفقد، فقال الطفل ولكنها لا تكتب. في هذه الحالة كذب الطفل مرثين، وكل غرضه من هذا الحصول على نصف الأصبع الآخر ولحل الدافع للكذب العرضي أو الأتلي هو عدم توافر ثقة الطفل بالكبار المحيطين به، نتيجة عدم توافر ثقة في والدته لكثرة عقابهم له ولوقوفهم في سبيل تحقيق رغباته وحاجاته.

٥ - الكذب الانتقامي:

وفي أحيان كثيرة يكذب الأطفال ليتهموا غيرهم بتهمات يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم، أو ما يشبه ذلك من أنواع الانتقام. ويحدث هذا كثيرا عند الطفل الذي يشعر بالحيرة من طفل آخر مثلا لو عند الطفل الذي يعيش في جو لا يشعر فيه بالمساواة في المعاملة بينه وبين غيره وكثيرا ما يحدث هذا النوع من الكذب من فتيات في دور المراهقة فتكذب الوالدة منهن متهمه في محاولة التقرب منها والتحبب إليها. وقد نكل أمثال هذه الحوادث على أن الفتاة تقوم بعملية لا شعورية هي الإسقاط (نقاط ما عليها على غيرها) والذي يترتب عليه سرورها لأن لديها - حسب ما ترى - من الجانبية الجنسية ما يحركه الشبل نحوها وقد تكذب الوالدة منهن لأنها ترغب في الانتقام من الفتى لحكم قلمه إزاءها بما كانت تتهمه منه .. وقد يحدث مثل هذا من البنين.

ويجب أن يكون الآباء والمعلمون في غلبة الحرص إزاء هذا النوع من الاتهامات، إذ أنها تكون كثير من الأحيان على غير أساس ككاف من الحقيقة

٦- الكذب الدفاعي:

ومن أكثر أنواع الكذب شيوعاً الكذب الدفاعي، أو الكذب الوقائي، فيكذب الطفل خوفاً مما قد يقع عليه من عقوبة. وظاهر أن سبب الكذب هنا هو أن معاملتنا للطفل إزاء بعض ذنوبه تكون حارجة عن حد المعقول وقد يكذب الطفل ليحتفظ لنفسه بامتياز خاص لأنه إن قال الصدق ضاع منه هذا الامتياز. مثال هذا الطفل الذي يسأل عما بيده فيقول: أنه شيء حريف (يخ) والواقع أن معه حلوى .. وكالطفل الإنجليزي الذي سئل مرة عما إذا كان يعتقد في (بابا لويل) (Father Christmas) فقال أنه بالطبع لا يعتقد في هذه الخرافة يقول له: ولم لا تجاهر بهذا أمام أمك وأبيك؟ فقال أنه يخشى أن يعتقد شيئاً من عصفها عليه ويحرم من هداياها له في عيد الميلاد. ومن أمثلة هذا أيضاً ما حدث مع أ.د. عبد العزيز القوصي مدير من، ذلك أنه كل حارجاً للتزده فطلب من أبي أخيه وكل إذ ذلك في من الثالثة لي يستد ليخرج معه، فذهب ليستد، وما مرت دقيقاً حتى عاد إليه قائلاً: (الشمس طلع يا عمي وأنا شعته) فألوه وعله لم يدرك ما يقصده فسأله: (شمس فيه اللي طلع؟) فقال (الشمس، عشرين أروح ويالك) وحتى بعد هذا لم يفهم ما يقصده، ولكن بعد الاستفهام وجد أنه كان قد قال للخدم في مزح وسرور (أنا رايح قمص مع عمي) فقال له الخدم: (ليه؟) ده لما يطلع الشمس) فتركه وأسرع إليه قائلاً: لي الشمس قد ظهر، وأنه راه بالفعل .. فهذا كذب الطفل لأنه يخشى أن يحرم من الخروج معه أنه قال الحق. ولكن مثل هذه الحوادث لا توقنا على صلة الكذب ببقية الشخصية وليبين هذه الصلة يجب القيام بدراسة تفصيلية لإحدى الحالات.

لنأخذ حالة أخرى لولد عمره (١٤) سنة وهو متأخر جداً في فصله بالسنة الثالثة الابتدائية ويقول ليلاً في فراشه وهو كثير الكذب إذ أنه لا يصرح

لوالديه بكل ما يفعل، فبعد انصراف المدرسة يذهب إلى المنزل في ساعة متأخرة ويقدم اعداءاً يتضح من البحث أنها غير صحيحة .

والولد تلقى إبعاده وهو كسلاّن في أداء واجبه يمثل إلى الإلزام في اللعب ولكنه عاى مطيع مسلم ويقبل في الظاهر كل ما يفرض عليه . أخوه الأكبر لم يواصل تعليمه ويتحدث عنه الجميع في المنزل حديثاً مشيناً، ولو أنه يتمتع بفضل كبير من الحرية فهو يخرج للفسحة وللخيلة دون أى تقيد .. ولما صاحب الحالة فإنه يحرم من الخروج للدراسة ويقصى الإجازة الأسبوعية في المنزل حولاً عليه من الترام والعربات والبحر وغير ذلك، ولا يسمح له بالذهاب مع أخيه الأكبر إلى الخيلة التي لا يذهب إليها في انظر ولديه إلا المفسدون الأشرار .

والولد رجل عاى في الظاهر، ولك الأم متشدة جداً ويغ من تشدها أن كوت فيها بالمار في جانبته لتقبله في أثناء الليل في فراشه والحالة الصحية للولد في حاجة إلى بعض العناية .

والذي يهم فيما نحن بصنده من هذه الحالة أحد أعراسها وهو الكذب وسببه - كما يبدو - الشعور بالنقص، والرغبة في وقاية النفس من السلطة الجائرة في المنزل ويلاحظ أن الولد كان يكذب في المنزل على حين لا يكذب قط في المدرسة . ويلاحظ أن العوامل التي أتت مع أحد الأولاد إلى الكذب ولمخادعة، أتت هي نفسها مع أخيه إلى التمرد والخروج عن الطاعة، ويمكن القول بأن الأول تكيف بالضعف والثاني تكيف بالقوة. وقد عولجت الحالة من الناحية النفسية وعملت علاقة الولد بوالديه وأرشدت الأم إلى ما كانت تحتاج إليه كتحديد النسل، إذ أن من بين أسباب تشدها وعصبيتها إرغالها بكثرة الأولاد وأرشدت الأسرة كذلك إلى اختيار مسكن تقوافر فيه الإضاءة، والتهوية، ودورة المياه الحاصة به والقرب من المدرسة ومن عمل الوالد في الوقت نفسه، وأرشدت الأسرة كذلك الولد إلى ما يعمل لإراء القبول، والفسحة، والتعذية وإراء المذكرة من حيث تنظيمها وطرق أدائها وقد نجحت الحالة

سجلاً باهراً لحسن استعداد الوالدين، وشجعها بإصلاح الولد، وإصلاح نسيبهما ولم تتكرر شكوى الوالدين بعد ذلك من كذبه، ولا من مشكلاته الأخرى.

ومن أنواع الكذب الوقائي كذلك الإخلاء أو الكذب الوقائي (Lie Of Lawtey) وفي هذه الحالة يكذب الطفل عادة على أصحاب السلطة عليه كالآباء أو المدرسين، ليحمي أخاه أو زميله من عقوبة قد توقع عليه، ويلاحظ هذا في مدارس البنين أكثر منه في مدارس البنات، وفي المدارس الثانوية أكثر منه في المدارس الابتدائية. ذلك لأن الكذب الوقائي مظهر من مظاهر الولاء للجماعة، والولاء للجماعة يقوى في دور المراهقة، ويكون عادة عند البنين أكثر بكثير منه عند البنات.

٧- كذب التقليد:

وكثيراً ما يكذب الطفل تقليداً لوالديه، ولمن حوله .. إذ يلاحظ في حالات كثيرة أن الوالدين نسيبهما يكذب الواحد منهما على الآخر مثلاً فتتكرر في الأولاد خصلة الكذب، وفي إحدى الحالات كان من شكاوى الوالدين كذب الطفل، واتضح أن أمه كانت توهمه بأنها تريد أن يسطعها للنزعة، ثم يكتشف أنه يؤخذ للطبيب وأن والديه يخرجان ليلاً ويتركانه بعد أن يوهماه بأنهما نائما معه في المنزل.

٨- الكذب الخادى:

وأحياناً يكذب الطفل لمجرد السرور الذاتي من تعدي السلطة، خصوصاً إن كانت شديدة الرقابة والضغط قليلة الحس، وقد أشار "توم" إلى حالة تبول اللايردي وكانت الأم من النوع الشديد الجاف فكانت تقول للطفل إنه لا يجوز له أن يشرب قبل النوم ولكي الولد رغبة في المعاندة فكر في أن يقول أنه لا بد أن يسيل وجهه قبل النوم وعند غسله وجهه يشرب كميات من الماء وأنه واقعة إلى جانبهم دون أن تتمكن من ملاحظة ذلك وكل الولد يشقى لذة كبيرة من استغلال غفلة أمه على الرغم من تشدها في الرقابة .

٩- الكذب المرضي أو المزمن: (Pathological Lie or Mythomania)

وأحياناً يصل الكذب عند الشخص إلى حد أنه يكثر منه، ويصدر عنه أحياناً على الرغم من إرادته وهذا نلاحظه في حالة الكذب الإدعائي لأن الشعور بالنقص يكون مكبوتاً ويصبح الدافع للكذب دافعاً لا شعورياً خارجاً عن إرادة الشخص وحالات الكذب المزمن معروفة في كل زمان ومكان.

لنأخذ حالة توصف هذا النوع وهي حالة لولد أرسل بتهمة القتل وجمع أعقاب اللعنف والولد عمره (١١) سنة وقال أن والدته ماتت وهو في الثانية من عمره ولجوه مات وهو في التاسعة والنصف وأن والده كان مزارعاً صغيراً في (شبين الكوم) وليس له أخوة ذكور أكفوا لو بقا، وقال أنه هو ووالده كثرا يحشش في كوخ صغير، وكثيراً ما كان والده يتركه بمفرده في الكوخ ليلاً، وقد مات أبوه منتحراً بالمرق نصه في الحقل، ولم يترك سوى (قطان) به ١٧٨ قرش. وأصبح الولد وحيداً فلقد المبلغ وذهب إلى (شبين الكوم) ووجد صاحب سيارات اسمه (حسن عويصة)، وكان يصطحبه معه من (شبين الكوم) إلى الإسكندرية) ليحمل لكسب رزقه.. وبالفعل أمكنه أن يعمل كسبي كواء تابع للجمرك، ثم تزح من الإسكندرية إلى القاهرة مثلياً على الأقدام، يستريح قليلاً في كل بلدة بسبب حضوره إلى القاهرة أنه يبحث عن عمه (سليم محمد سالم) الذي يعمل صانع أحذية في (عزة لورد) في جهة (الشرابية). وبعد وصوله للقاهرة قام الدولة الأولى في صندوق التليفونات العامة أمام قسم الأزيكية، واشتغل حمالاً في ميدان المحطة إلى أن قبض عليه وأحيل للدراسة.

وصح الولد في أحد الملاجئ، وكان يُطلب لتصريح برؤية عمه، فبعد أول مرة خرج فيها للزيارة جاء شاب إلى الملجأ، وقال أنه يريد أن يرى لعمام. واتضح أنه أخ الولد الذي نحن بصدد، واتضح أن الولد ليس مسلماً كما ادعى، واتضح أن والده ووالدته على قيد الحياة ول له أخوة كثيرين، وأن شيئاً ما قصه علينا لم يحدث. واتضح كذلك أنه قبض عليه ثلاث مرات قبل ذلك وكان يهت في كل مرة بحيلة، ويشكو أهله من الشكوى من كذبه التي لا تنتقطع.

وقد تبين كذلك أن الولد هرب من المنزل عدة مرات، وأصبح من يبحث إلى
الوالدة مريضة من مدة كبيرة، وهي مقيمة مع أهلها ببلدتهم بسبب مرضها،
ولم الولد نجار علاني وكذا طول يومه ليكسب قروش قليلة.

والوالد أخ أكبر عمره يريد علي عشرين سنة ويعمل عند أحد صناعي
الأحذية، وهو ناجح في عمله و يفتلص علي عليه أجر طيب ويلى الأخ الأكبر أخت
تقيم مع والفتها ببلدة أهلها ثم أخ يريد علي الولد الذي نحن بصددته بمسنة واحدة
فقط، وهو في عمل ناجح يكسب منه رزقه أما الولد نفسه فلم يسبح كثيراً وكان
أخوه الأكبر يضربه ضرباً مبرحاً.

ويلاحظ أن الولد مشغول جداً والوالدة مريضة وبعبدة عن المنزل
والأخ الأكبر في غاية القسوة علي الولد ثم أن الولد قلل نجاراً في حياته من
أخيه الأكبر منه مبالغاً، ويلاحظ أن الولد بعده بنتان ثم ولد بصعده ب ٩
سنوات، ولذا فقد شغل مركز الذكر الأخير مدة طويلة ومازلت بداية عليه آثار
التنليل من أمه في حديثه يصف إلى كل ذلك أنه قد عطف أمه بمرصها
وبعدها عنه.

لهذا كله يسهل تفسير هربه وكذبه، ويسهل تفسير أنه في كذبه كان
كمن يحقق رغبته في حلم، فتصلي علي أخوته جميعاً، وعلي والده ثم سافر
وخاطر وعمل وجمع، وتتصل من والديه ومن دينهم ومن دينه ومن إخوته ولو
أنه حاول أن يبرر مسئلة بعد ذلك بأن تعبير دينه كل لأجل ألا يضطهد في
الملجأ، وتدل الأدلة علي أن هذا غير صحيح تماماً. لأنه إذا كان صحيحاً فكيف
تفسر كيف تكرر كذبه طول حياته وتحت ظروف غير التي نكرناها ؟ فالعلام
مدفوع للكذب دفعا قويا بوسائل لا شعورية خارجه عن إرادته وقد نصبح
بتوجيهه إلي ما يلائمه وإعطائه فرصة إثبات نفسه في ألعاب الملجأ وإشماره
بمطلب شخص معين عليه وقد تقدمت حالته كثيراً جداً.

بعض القواعد العامة للترابط بالكذب:

بعد شرح أهم أنواع الكذب، ونبيذ أن في كل نوع ما يدفع عادة إليه، ويلاحظ أن النوع الواحد لا يظهر غالباً قتما بذاته فالخبر الكاذب قد يؤدي وظيفة عقلية عبادية في بعض الوقت ويلاحظ كذلك أنه لا ترسل للعبادة في المقابل حالة تكون الشكوى فيها من الكذب وحده، وإنما يكون الكذب عادة عرساً إلى جانب الأعراض الأخرى كالسرقة أو شدة الحساسية أو الخوف أو ما يشبه ذلك والقاعدة الأولى للأباء والمدرسين هي أن يتبينوا إذا ما كتب الطفل إن كذب بادرأ لم متكرراً، وإن كذب متكرراً فما بوعه وما الدافع إليه وإن يحجموا عن علاج الكذب في دقة بالضرب، أو التهليل أو الفسحرة أو التشهير أو غير ذلك وإنما يعالجون الدوافع الأساسية التي دفعت إليه. ويجب أن يكون العامل المهم في تكويدها هو بيئة الطفل، كالوالدين أو المدرسين أو أصحاب السلطة على وجه العموم.

ويجب كذلك أن تتجنب الظروف التي تشجع على الكذب، فمثلاً إذا كان لدينا طلب بمعد فيه هذه الخصلة، فلا نجعله المصدر الوحيد للشهادة في حادثة ما لأن هذا يعطيه فرصة لاتطابق عادة الكذب، وتثبيتها بالمتكرر والتمرن. وزيادة على ذلك فلا يصح أن يعطى الكاذب فرصة الإفلات بكذبه دون أن يكشفه؛ لأن الفجاح في الإفلات بالكذب له لذة خاصة تشجع على تثبيته واقتراه مرة أخرى، بل تشجع أيضاً على الاستمرار في سلسلة من الأكاذيب المقصودة التي تصدر عن نفس هادئة مطمئنة، وإن أردت ألا يفلت الكاذب بكذبه صلح نفسك أولاً بالأدلة القاطعة ولا تلصق به التهمة وأنت في شك، لمجرد أنه تثر في حديثه مثلاً أو ظهرت عليه علامات أخرى للاضطراب في أثناء مناقشته. وعليك أن تلحظ أقواله بشي من الثقة والتقدير، وحاذر أن تظهر أمامه بمظهر الضك أو التردد سواء في حديثك أو حركاتك. ويلاحظ كذلك أنه لا يجوز في الأحوال العادية إيقاع العقوبة على الطفل بعد اعترافه بنفسه، فلا عتاب له قسميته، وله حرمة ومن شأن إيقاع العقاب على الطفل - بعد

لي يصله على قول الكذب والاعتراف صد نفسه - أن يقلل من قيمة الصدق
ومكافئته في نظر الطفل.

وعلى المصوم فمن الخطأ القلص أن نعود إلى برغام الطفل على
الاعتراف، لأن الطفل الذي يأتي ذنباً، كلن يسرق، لو يهرب، ينتظر معه عادة
أن يكذب - والواقع أن الكذب أسهل الذنوب قترافاً وأولها حصولاً إلى دهن
الطفل، والكذب كما نعلم يساعد على تعمية كثير من الحبوب والذنوب، من هذا
نشعر أن الطفل الذي يعترف بذنبه يمكن إصلاحه، ولما من يصر على الإنكار
فلا يجوز أن نبدأ باستجوابه، لأن هذا نتيجة الاسترسال في الكذب، والنفس فيه
ومما يجب على الآباء والمدرسين تكرره باستمرار أن الطفل لا يصر بما عنده
من أسرار إلا الأصقاء ومحبيه - ولما لأصحاب السلطة كليه وناظره ومدرسيه
فيه يخالطهم عادة بشئ من الحرص والخوف فالاعتراف والصدق والصراحة
كلها امتيازات خاصة لا يحبها الطفل إلا لأخلائه وخلصائه ولا يتقدم بها إلا
لمن تطمئن إليهم نفسه.

أنه لضملي الصدق والصراحة ويجب أن يحل التقام والأخذ والعطاء
مقام لقانون، والعطف والمحبة محل السلطة والقسوة، وأن نحجم عن العقوبات
التي لا تتناسب مع الذنوب، وألا نوقع بعضها إلا إذا أدركه الطفل إدراكاً تاماً أنه
كاذب وإذا اقتنع بأنه يستحق العقاب للعقوبات التي تجرى على غير هذا المنوال
تهدم الأعراس التي ترمى إليها، فهي تفقد الطفل توازنه، وشعوره باسمه
وسلامته في بيئته وتطفه إلى تظلم نفسه بأغلفة الكذب والخس لوقاية نفسه من
أصحاب السلطة، ومن البيئة المستبدة القاسية.

وإذا كان الأطفال يكتبون كما قيل، في لحين كثيرة لتسمية نقص
يشعرون به، فيجب أن يكثر لهم من الأسفار والرحلات وبواحي السبول
والنشاط والهوايات، فكل هذه تعطي الطفل بواحي حقيقية يظهر فيها ويتحدث
عنها وفي حالة الحيليين البالغين ليس هناك ما يمنع من تشجيع الحيل عن
طريق دراسة الشعر والأدب. ولما في حالة الحيليين قبل سن المراهقة فلا

صحيح - وفقاً لرأى "بيروت Burr" بالقصص الخيالية الخرافية ولا بدوية أغلب لشرطة الحيلة، وإنما بالاستزادة من الإنشاء الشعبي المبني على المشاهدات الدقيقة والتفكير المنظم. وإذا علمنا أن قول الصدق يتطلب مقولتين هما صحة الإدراك، ودقة التعبير، رأينا أنه في الإمكان تدريب الطفل في هاتين الناحيتين، وهذا يكون عن طريق إتباع المشاهدات، والقياس، والقيام بعمل التجارب، وتدريب نتائج كل هذا بمنتهى الدقة. ويستهل المدرس هذه العرصة بتعويد تلاميذه الدقة في الملاحظة والدقة في التعبير في جميع صروب الحياة، وبهذه الطرق يتعود التلميذ الصدق في صورة بسيطة، وهي جعل القول مطابقاً للواقع مع توفر نية - ومثل هذا يمكن أن يقوم الوالد بتدريب ولده عليه بسهولة.

يضاف إلى كل ما تقدم وجوب اتصاف الكبار المحيطين بالطفل بالصدق باتواعه فلا غش، ولا كذب، ولا تجسس، ولا اختلاق أعداء ولا تقاضي للمواقف وكذلك، يتحتم وجوب احترام الصدق وتقديره - ويجب ألا نلغظ بوعده للطفل إلا إذا كنت قادراً على تنفيذه بالفعل - متى وعدت - مهما كلفك ذلك.

العوامل المنهجية التي تشجع على الكذب:

وتتلخص في بعض ما يشجع على الكذب في المدارس وأول ذلك العقوبات وما يصلحها من شدة وصرامة، فهي تلحق التلميذ من المدرس وتدفعه إلى تطليق نفسه لوقايتها منه. ومن هذه العوامل الواجبات المدرسية التي تعطى جواً للطفل - فكل مدرس يعطي التلميذ في العادة واجباً بصرف النظر عما أصلاه إياه المدرس الآخر، فيذهب التلميذ إلى منزله بعد يوم مدرسي طويل بكمية من العمل لا بد له من إنجازها في الجزء المسحور الباقي من النهار، فيضطر التلميذ في طلب مساعدة شخص آخر ثم يقدم ما أنجز في اليوم التالي على أنه من عمله الخاص، ويتبالغ بعض المدرس، وحتى الرياض أحياناً، في كمية ما يعطى للأطفال من واجبات وعامل آخر هو عدم تناسب العمل الذي

يكلف به الطفل مع قدرته، مما يضطره إلى استئصال حبل اللطف من الظهور
بمظهر العجز - وكذلك عدم تناسب البيئة مع مستوى الطفل كوجود طفل فقير
في وسط غني، أو طفل غني في وسط انكفاء ومن العوامل المهمة التي تجعل
المدرسين يدفعون التلاميذ لعمل مالا يلائمهم من حيث الكم أو الكيف صنف
الامتجانت وما اكتسبه من قوة وقسوة .

ومن أخطاء المدرسين أحياناً عرض بعض الأعمال في المعارض على
أنها من أعمال التلاميذ، وتبرير ذلك بأن جزءاً منها من أعمال التلاميذ، ويكون
الواقع أن ما قام به التلاميذ من التفاهة بحيث لا يبرر عرضه على أنه من
عملهم، والتلاميذ يشعرون عادة في قراره لتسهم بهذا، ويتعودون التكتف
والتساهل فيها في صميم نشاطهم المدرسي وذلك عن طريق المثال والممارسة
الذاتية.

سادس عشر: السرقة كسلوك مرضي:

حالات سرقة مرضية:

❖ الحالة (أ)

ولد عمره أربع عشرة سنة قام بسرقة كتب زملائه بالمدرسة فتم ضبط
وقام باطر المدرسة - بحلاف ما يتوقع منه - بتسليمه لرجل الشرطة، وهذا
حولته إلى نيابة الأحداث ، التي رأت أن تستأمن برأي مكتب الخدمة
الاجتماعية لمحكمة أحداث القاهرة، وقام المتخصص النفسي بالمكتب بدراسة
الولد دراسة وافية تصح منها أن نكاهه عادي ومستواه الدراسي يتفق مع كل
من عمره ومستوى نكاته، إذاً فإنه كل في الصلة النفسية القبلية.

أما الوالد فإن دخله لا يريد عن ثلاثة جنيهات في الشهر، والرجل
شغوف إلى حد بعيد جداً بل يطمح لولاده. والولد هو الابن الأكبر، والذكر
الوحيد، وله أخت واحدة تتعلم مجاناً في مدرسة أميرية مثل أخيها. وقد بلغ من
شدة قلق الوالد على تعليم لولاده، أنه يشرب بيهمة على مذكرتهم ويصر بانه

صربيا ميرها، ويأتي له بالإصافة إلى ذلك بالمدرسين الخصوصيين غير الاكتفاء للقيام بصريه وتعليمه، ووصل شعب الوالد بتعليم إلى أنه علم روحته القراءة والكتابة إلى أن تفتتاهما وقد كتبت أمية عندما تزوج بها. والرجل يندب حظه لأن تعليمه يقتصر على نيل الشهادة الابتدائية فقط ويتحدث دقما عن كفايته ورجلحة عقله، ومقدرته، وأنه لو كان قد تعلم لكفت حالته غير ما هي عليه الآن. فالرجل منفوع بعنف، ليحقق في أبيه ما لم يتحقق له في نفسه والولد يكره والده من غير شك لمعاملته الشديدة له، والأم ضعيفة لا حول لها ولا قوة.

لما وصل الولد من الرابعة عشرة وبدأ في دور البلوغ أخذ يفتح ذهنه للمستوى الاجتماعي الذي يتعلم فيه. ووجد أنه لا يأخذ مصروفا كافيا يجعله يظهر أمام إخوانه كما يظهرون، فهم يلبسون الملابس الأنيقة ويحسرون اللفاتح الفاخرة إلى غير ذلك. فبدأت يده تمتد إلى كتب إخوانه فيسرقها، ويبيعها في محلات بيع الكتب القديمة، ويستغل ثمنها في الظهور مثل إخوانه. ومن الغريب أنه شكا لإدارة المدرسة غير مرة من أن كتبه تسرق منه. ولطه كان يبيعها ثم يشكو لتبذ الشبهة عنه. ولكنه ضبط في هذه المرة متلبسا ببعثته. وقد يكون واضحا أن الولد يسرق متعلما إلى تعويض شعور بالنقص ناتج من موازنة نفسه بزملائه. وهذا الشعور بالنقص كل من الممكن تعويضه بالتفوق الدراسي، كما يحدث عادة من الأولاد الفقراء، المعدلين منهم والأنكباء. ولكن الولد متأثر جدا في الفصل بين زملائه، فكله لم يجد لما عنده من النقص إلا هذا المخرج، وهو المبرقة من زملائه.

ولكن الشعور بالنقص الاجتماعي مع عدم التفوق الدراسي، وعدم التفوق الرياضي لا يكفي لتفسير المبرقة. وإذا رجعا لتاريخ حياته وجد أنه الولد الأول، وأنه كان محلا لتكثيلا شديدا جدا في أول حياته، فكانت كل طلباته تحجب. فلم يتعلم إذا ذلك كيف يتلوم رغبته للحصمة. وكان المستوى الاقتصادي للأسرة لا بأس به، فكان هناك بعض الرخاء، وكان دخل الوالد الأمر ما كان أكبر مما

هو عليه الآن، وكان الولد هو الطفل الوحيد. أما الآن - وقد زاد عدد الأطفال، وكبروا، وولدت مملكتهم، وفي الوقت نفسه انخفض الدخل، وارتفعت تكاليف المعيشة ارتفاعاً باهظاً وبدأ الولد يشكك على ابنه لتوتر نفسه في حالة الغلاء، ولتوتر في نفسه من تراخي أبه - فلو ولد بنقل تدريجياً من حالة تمتع ذاتي وتقدير ممن حوله إلى حرمان وعدم تقدير وتضييق وعقاب وإيذاء. وقد جاءت هذه التغييرات كلها في وقت تنزع فيه النفس بزوعاً شديداً إلى تقدير المجتمع، واتصاع الألق، والسيطرة، وهو وقت المراهقة والبلوغ.

وبعد كشف حواشي السرقة لدى الولد استحقاقاً آخر العام ورسم فيه، وما كاد يحطم للفنتيجة، حتى وقع تحت سلسلة من التحذيرات أجراها عليه الوالد، فهرب ولم يظهر مدة تزيد عن شهرين. وله في أثناء ذلك، وبعد ذلك، عدد من التصرفات الصعبة، والمخاطرات التي تدل على كراهيته لوالده وتورثه عليه وميله الشديد إلى الهرب.

❖ الحالة (ب):

فتاة عمرها اثنا عشرة سنة تشتغل بالخدمة في أحد المنازل، واتهمت بحق بسرقة ملابس ومصوغات ممن تعمل معهم، وبدراسة الحالة اتضح أن ذكاء البنت قل من العادي ولكنها لا تعتبر ضعيفة العقل. فمستوى ذكائها يعادل مستوى ذكاء شخص عادي عمره يقع بين ثماني وتسع سنوات، وتتصف البنت بشيء من عدم الثقة بالنفس، والحبس، وشدة الحساسية، وسرعة التأثر، إذ أنها تكي لأقل سبب، واتضح بالدراسة أن الأميرة التي تعمل البنت في خدمتها مكونة من مبيدة وروجها، وليس لانيهما لولاد ولا حم لأخرون. وهما مكبران، ويشربان الخمر معا في منزلهما إلى أن يفقد كل منهما صوابه. وفي هذه الحالة يصير البيت بحزقته وصورته المفتوحة تحت تصرف البنت، إذ تصير الرقابة عليها قليلة جداً ونظر الجبن الفتاة، وضعف ذكائها، فإنها يسهل وقوعها تحت تأثير شخص آخر. يلاحظ كذلك أن والدي الفتاة متفصلان بالطلاق، وأن الأب تزوج بعير الأم وليس له بالبيت أي علاقة. والأم كذلك - وهي في

لحمسين من عمرها - تزوجت برجل أصغر منها سنا بشرة أعوام، وهو رجل متعطّل كملان كل يطمع في بعض ما لديها من النقود، وهي صعيقة أمامه، فهي تعمل وتكسب وهو لا يعمل شيئاً، ويصرف كثيراً من وقته للتزهر والجلوس على المقاهي، وتدلل الدلائل على أن الأم تستغل البنت للسرقة حتى تعشق على زوجها وترصيه، وللبنت على غير ما كان ينتظر - مكانه لا بأس بها عند زوج الأم.

حاصلة لاجلة أن الفتاة نظراً لثقافتها، ولحبها، يسهل إغراؤها وهي بكروحة من لديها ومقربة من أمها بقصد استغلالها وترغب البنت في المحافظة على الصلة بينها وبين أمها وهي الصلة الوحيدة الباقية بالنسبة إليها ويهم الصغار بوع خاص أن يكون هناك من يشعرون بالانتماء إليه وقد نجحت الفتاة في تحقيق هذا عن طريق السرقة.

السرقة والاستعداد لها :

ينبني من دراسة الحالتين السابقتين أن السرقة ليست حدثاً منفصلاً قائماً بذاته وإنما هي سلوك يعبر عن حلجة نصية، ويمكن فهم هذا السلوك في ضوء دراسة شخصية الطفل وطريق تكوينها، والوظيفة التي تؤديها السرقة لها. ههنا نجد السرقة في الحالة الأولى وسيلة لإثبات الذات، نجدتها في الحالة الثانية وسيلة لحماية الذات.

ولا بد من فهم وظيفة السرقة ومكائنها من تكوين الشخصية قبل الاتجاه نحو علاجها، والسرقة وما يصادها وهي الأمية ليست صفات بطرية طبيعية وإنما هي صفات مكتسبة والسرقة أنسها الطبيعية في الإنسان وهي الميل للملك والاستمتاع بالقوة، إذ أن السرقة هي الاستحوذ على ما يملكه الآخرون بدون وجه حق، ونظراً لأن السرقة تدب لاجتماعي فإن للمجتمع يعطيها أهمية كبرى. بخلاف الصفات الشخصية السنية كالنخيل لو المادة السرية، فإنها لا تهم للمجتمع كثيراً لأنها لا تتناول فيما يمسب إليها من ضرر أشخاصاً آخرين بطريقة مباشرة، أما السرقة والكنب والاعتداء والتضييع، وما إلى ذلك فإنها

تعتبر صفات سينة للعاية لأن الصبر الذي تتضمنه يؤثر في الآخرين تأثيراً مباشراً.

وهناك مهارات عقلية وجسمية تساعد على السرعة، إذا توفرت لدى الشخص الرغبة فيها ومن هذه المهارات، سرعة حركة الأصابع، وخفة الحركة عامة، ودقة الحواس من سمع وبصر والقوة الميكانيكية، ووفرة لذكاء العام، ودقة الاستنتاج والملاحظة .. وما إلى ذلك ففي كثير من الحالات كل صاحب الحالة يفتح لكفلاً معقداً بقطعة من سلك، ويقطع جيها لمسافر بموسى نون أو بحس المجسي عليه، أو يخطف سلعة معينة ويهر هارباً جارياً، أو راكباً دراجة، أو غير ذلك من منازات الحيل والمهارات فتجعل عملية السرقة تتم بسهولة كبيرة للعاية. وبهما الوقوف على هذه المهارات العقلية والحركية والحسية حتى يمكننا توجيهها في اتجاهات لصالح صاحبها وصالح المجتمع نفسه.

الشعور بالملكية وإنشائه.

وهناك اتجاه عقلي يبدأ من سنوات الطفل الأولى وهو عدم التمييز، أو عدم الاهتمام بالتمييز بين ما يملكه وما لا يملكه. وفكرة التمييز بين ما للفرد فيه حق وما ليس فيه حق ليست سهلة. فالطفل يعيش عادة في منزل كل ما فيه ملك للكبار، فليس له ما يملكه ملكاً له، ولحقاً يخلق الأمر عليه، فلا يعرف إن كانت لعبة معينة ملكاً له أو لأخته. والآباء بشراتهم لعبة واحدة لجميع الأطفال. لو ألعاباً مختلفة يلعب بها كل الأطفال، نون تمييز، يظنون أنهم يملكونهم الإيثار بدلاً من الأثرة. والواقع أنهم يربكون تفكيرهم فاطمئنانهم بالحاجة للملكية شعوراً تلقائياً في سن مبكرة جداً، إذ يبدأ يشعر بها لحقاً خلال الفترة الأخيرة من السنة الأولى.

ويجب أن يشجع الشعور بالملكية من وقت ظهوره. ولكن لا يجوز أن يبالغ في تشجيعه إلى أن تتكون الأنانية والجشع للملك، ولا يجوز أن يهدم بحيث لا يجد الطفل فرصة لفهم حقوقه وحقوق غيره.

وإذا أردنا أن يحترم الطفل ملكية غيره وجب أن نبدأ نحن بل احترام ملكيته فيجب - بقدر الإمكان - أن يكون للطفل ملابس الحليمة التي لا يجوز أن تستعمل له ولغيره بدون تمييز، ويكون له مكان خاص باليوم، وكريسي خاص يجلس عليه حين بكل، وإذا أمكن فليكن له أطباقه، وملاعقه، ومنشفته وغير ذلك. ويسهل إحضار هذه الأشياء بالولى مختلفة بحيث يسهل للطفل التفريق بين متعلقاته ومتعلقات غيره. ويحسن أن يكون للطفل أدوات لعبه المختلفة، وبعض الكتب والمجلات القديمة ذات الصور الجذابة. وفي الأسر التي بها أطفال ذوي أعمال متغيرة، تحدث أحياناً مشاحسات بحسن ترك الأطفال للفصل فيها بأنفسهم، وإذا تدخلت الأم فلتفصل بالعل، فكل طفل يستعمل حقه، ولكن يصح أن يسلي الحياز في أن يترك لعبته لأخيه أحياناً، ولا بد من حدوث هذه المنازعات قبل أن يتعلم الأحد والعطاء. والتعاون يجرى متأخراً عن تعلم الملكية واعتزازه بها. فلا يجوز أن تتسرع في تعليم الطفل التعاون خوفاً من تهرده الأنانية، إذا ترك الطفل لوسلي - من تلقاء نفسه وبدون تدخل خارجي - لعبته الخاصة به لأخيه أو لصديقه مدة من الزمن فإنه يشق من هذا التطوع لذة كبرى لا يجوز أن نحرمه من التمتع بها.

وإنماء الشعور بالملكية ثم إتباعها في الوقت المناسب بإنماء روح التعاون والأخذ والعطاء مهم في تكوين ذات Ego Formation وفي التكوين الخلقى الاجتماعى على وجه العموم.

ويلاحظ أن تمييز الفرد بين حقوقه وحقوق غيره، أو اهتمامه بهذا للتمييز، يبدأ في المنزل، وينتقل مع الطفل إلى المدرسة، ثم إلى المجتمع الأكبر. ففكرة الأمية أو عدم الأمية يمكن تكوينها بحيث تصبح فكرة عامة تبدأ بنورها في السنوات الأولى من حياة الطفل. ويجب أن يقوم الوالدان بتعليم للطفل ما يجب عمله في المناسبات التي يمكن أن تسمى اعتداء على ملكية الآخرين. ففرص مثلاً أن شخصاً له مكتبة جذابة أو ساعة، أو غير ذلك، وأراد الطفل أن يتناول للكتب، أو الساعة ليلعب بها. فليكن هناك اتجاهان: الأول

تتعليم الطفل بمنتهى الهدوء والحزم أن هذه أشياء ليست ملكا له، ولا يجوز له اللعب بها والاتجاه الثاني الذي يؤخذ في نفس الوقت هو مراعاة أن الطفل تكون له - كما قلنا - بعض الكتب التي لا يحتاجها الولد والتي يكون بها بعض الصور لكي يلعب بها، وقد تترقى منه فيتعلم كيف يحافظ عليها

وفي إحدى الحالات، وجد أن الولد عبثه حقيقة أشياء كثيرة جداً، منها مجموعة طوابع بريد منسقة تنسيقاً جميلاً ولكن يحفظها الولد في صوته الخاص به خوفاً من الإحفاظ عليها الولد رغم أن سنة اثنتا عشر سنة. وهذا هو موقف الولد من سفر ممتلكات الولد من طوابع وكتب وصور وهدايا وغير ذلك.

وفي حالة أخرى أخذ الولد كمية من النقود كان الولد قد انصرفها ولم يردّها إليه فلا عجب أن كان الولد لا يحترم ملكية والده بدووع خاص، وقد ينتقل عدم احترام الملكية في مثل هذه الحالات إلى خارج المنزل ففكرة الأمانة كفكرة السديق تكسب عن طريق الممارسة الشخصية، والإقتداء بالمثل، والتعلم عن طريق الفهم والموازنة والإرشاد. والمنزل هو البيئة الأولى لتعلم فكرة الأمانة. ولكن ليس معنى غرسها في المنزل أن تضمن فاعليتها بعد ذلك في محيط المدرسة أو المجتمع، من تحقق الأمانة في قلنتهما والقائمين عليها بالأمر فيهما، ومن مبلغ شعور الفرد بالأمن والعدالة الاجتماعية، والاطمئنان على تحقق الحاجات الأولية.

دوافع السرقة:

١- في كثير من الحالات تكون الدوافع للسرقة دوافع مباشرة ظاهرة. فكثيراً ما يسرق الطفل لسد رمق. ويلاحظ أن أطفالاً كثيرين جداً يعيشون عيشة الكفاف، أو يعملون بأجور رهيدة لا تكفي للحيوان المسعور بله الإنسان، فيسرقون. ومن هؤلاء من يسرق نقوداً أو أدوات أو ملبأ، ومن هؤلاء من يحطط الأطعمة المعروضة على العرفات، وهي المحال التجارية، وغير ذلك. وقد تبين في بعض الحالات أن أولاداً يسرقون لسد رمق لم مقعدة

علجزة عن أي عمل، وعدد من الإخوة الصغار، وذلك يكون مثلاً بعد وفاة الأب وتشغيل الولد بالجر لا يريد يومياً عن قروش لا يتجاوز عددها عدد أسابيع اليد الواحدة، وقد وجد أن هذا النوع من الحالات أسهلها علاجاً.

٢- وفي بعض الحالات تحدث السرقة لإشباع ميل، أو عاطفة، أو هواية، كميل بعض الأولاد لركوب الدراجة أو الخيالة، أو لفئة معينة، أو لمجرد التصرف على هواية معينة، كالنصوير وتربية الحمام، وغير ذلك. وهذه أيضاً حالات لا يتصور عادة علاجها.

٣- وتحدث السرقة كذلك ليستعين المرء بما سرق على التخلص من مأزق معين. مثال ذلك: الولد الذي كان يذهب للمكتب ليحفظ القرل، ولم يكن له ميل لحفظه، فأغراه المريف بأنه إذا سرق له بعض كتب ولده فبأنه يصفيه من التسميع، ولا يطلع شيخ المكتب، وبذلك ينجو من عقاب صارم فلم يتأخر الولد عن سرقة الكتب وتقديمها رشوة للمريف.

٤- وقد يسرق الطفل من منزله ليمطي زملاءه بالمدرسة مثلاً، لأنه كشف أن سياسة إعطاء الحلويات المادية هي الوسيلة الوحيدة التي تجعله مقبولا في جماعة زملائه.

ولكن يلاحظ أن هذه الدوافع ظاهرية فقط. فالولد الذي يسرق الكتب ليمطيها رشوة للمريف كل متأخراً في دراسته من أول الأمر، وكان والده يقسو عليه بعد تكليل، وكان يوازن بينه وبين أخواته موزنة تعيد من قدره ففقدته عطف والديه بعد أن كان يتمتع بتعطف كبير كان هو العامل الهام، في تكوين الاستعداد للسرقة. من هذا يتبين أنه يجب البحث عن عوامل أخرى غير الدوافع الظاهرية للسرقة. وهي المادة نجد بعض العوامل اللاشعورية المكتوبة نتيجة علاقة الطفل ببيئته، ونتيجة التغيرات الطارئة على هذه العلاقات.

٥- وهناك سرقة للانتقام، وسرقة لتعويض شعوره بالنقص، وسرقة بسبب فقد العطف، فهي كثير من الحالات نجد الطفل يسرق من شخص معين كوالده أو والدته. ويمكن تفسير السرقة في بعض هذه الحالات بأن الطفل كان حائراً لعطف الوالد مثلاً، ثم فقد هذا العطف، فالسرقة منه تشعره بأنه يستحوذ على شيء بدل هذا العطف. نجد طفلاً - مثل هذا - يسرق من والده بقوده وكتفيه ويصع يده في جيوبه ليطلع ما في جيبه ويعرف ما فيه من أسرار ويقرأ خطباته.. إلى غير ذلك

كذلك المحب الذي يتشكك في أنه ربما لا يحصل على عطف مشوقته، كثيراً ما يسرق منها شيئاً يكون بمثابة رمزاً للحب المفقود. وفي هذا النوع من الحالات نجد أن الشخص لا يسرق إلا من شخص معين، وأحياناً يسرق نوعاً معيناً من الممتلكات، ويمكن في العادة تفسير هذا التخصيص إما على أساس الرمزية (symbolism) أو على أساس الوظيفة. فهي غالب الحالات التي درست، ووجد فيها أن الطفل يسرق من والده، وجد لوصاً أن لدى الولد كراهية مستمرة للوالد. فتُفسر السرقة هنا على أنها انتقام، أو على أنها تعويض للعطف المفقود، أو على الدافعين مجتمعين.

وإذا كان الدافع للسرقة متجهاً نحو شخص معين فقد ينتقل إلى أشخاص آخرين فالسرقة من الأب قد تنتقل إلى سرقة من أصحاب الباطة على وجه العموم. والسرقة من الأخ قد تنتقل إلى سرقة من زملاء، وذلك بنحويل الدوافع نفسها من الموضوع الأصلي إلى موضوعات مشابهة له. ويمكن أن يكون التحويل أوسع انتشاراً ولعلّ تخصصاً مما ذكر، فيجد أن كان يسرق الطفل من والده فقط صار يسرق من أي إنسان.

لنأخذ حالة تيسر السرقة من شخص معين، وهي حالة ولد كان يساعد والده في عمله الفخري. ذهب الولد إلى أحد عملاء والده، وكان جالساً في أحد المقاهي وقال له أن والده يطلب منه ثمن ساعة أخذها في ذلك الوقت إلى المنزل وكان الثمن خمسة وعشرين قرشاً إلا قليلاً. أخذ الولد النقود واحتقن،

واكتشفت حقيقة المسألة بعد أن رجع الرجل إلى منزله. ثم أبلغ الولد الذي طلب منه إيلاخ الشرطة. واتضح أن الولد هو أكبر أبناء الأسرة، وأن الرجل في منتهى القسوة والشدّة، وهو متعسف في تمسكه بالدين حتى خرج بذلك عن المعقول حرجاً كبيراً. وقد أحاط نفسه بكل الرموز التقليدية للتدين، واتخذ (المسبة) مذهباً له، وكان يشغل وظيفة يكتسب منها، فاستقال منها لأنه كان يشعر أنها لا تطابق الدين. واتخذ التجارة في أبسط صورها وسيلة للرزق. ومن شدة كسوته أن الولد إذا أتى دنياً صغيراً فإنه يربطه بالحبال ربطاً وثيقاً، ويتركه ملقى على الأرض، ثم يهال عليه صرباً، ويتركه في جسده قثراً واضحة ~ كما يتبين في الصورة ~ المقابلة وكان في بعض الأحيان يتركه موثقاً ثلاثه أيام متتاليات، ويقتف له برغيف من العيش وكوب ماء في مواعيد الأكل.

بعد مقابلة الولد، ودراسة حالته جيداً من كل نواحيها، اتضح أن العرقه لم تكن الأولى فقد كان كثيراً ما يسرق من والده وظهر عند المقابلة لكل منهما على أفراد شدة التجالي، فتم تقريب ما بيدهما، وإلهام الولد خطاهم واتفق مع الولد على حسن المير ونظمت علاقة الولد بوالده من حيث الاتفاق ومن حيث الثقة التي يجب أن يضعها الولد في والده إلى غير ذلك وقد نجحت الحالة نجاحاً كبيراً بمساعدة توجيه الولد والوالد وأخذهما بالنصيحة والتوجيه والإشراف والمتابعة.

وقد يكون العامل الأصلي لتكوين الدافع للسرقة هو ما يطرأ على الشعور بالأمن والشعور بالاستقرار من نقص بشئ من تجميع هباتي من معاملة الوالدين، أو من تفكك روابط الأسرة، أو ما يشابه ذلك.

لنأخذ مثلاً لهدا حال التلميذ في سن الرابعة عشر يهرب من المدرسة يومياً تقريباً، ويسرق كل ما يمكن أن تصل إليه يده مما حفر حمله وعلى ثمنه هذا على الرغم من وفرة ما يصل إلى يديه من نقود، وعلى الرغم من حسن استعداده للعمل الدراسي وبمتابعة تاريخ هذه الحالة تبين أن والديه انفصلا بالطلاق وهو صغير السن جداً ثم تزوج كل من والديه بعد ذلك وأنجب كل

منهما له إحوة غير أنقاء وقامت الجدة منذ طلاق الوالدين باحتضان الولد ولم تنخر وسعا في إجابة جميع مطالبه وبألفت في المطبخ عليه عطا كبيرا في شئ غير قليل من الصنف والتباهل والتلق ولما وصل الولد إلى نور المراقبة لم يكن يعرف بالطبخ كيف يقوم كل ما يطرا على دهنه من روات.

واتصل به أولاد آحرون وقتعوا له أفاقا جديدة للاستمتاع بالهروب والصحة والتنجيس والذهاب للحيلة وغير ذلك وأغروه بالسرقة، بل علموه أساليبها حتى برع فيها وسار الولد يشعر الآن بحجم القدرة على الاستقرار عند جدته أو والدته أو والده ولا يشعر أن ولدا من هؤلاء يمكنه أن يطمئن معه إلى الجو الذي يعيش فيه أما المدرسة فلم تكن من التشويق بحيث تصرفه عما يطرا على دهنه من سرعات ولم تكن بحيث تشبع فيها لولحي القوة التي تنفق إليها نفس المراقب نتيجة كل هذا هروبه من المنزل والمدرسة وعدم استقراره وبحث عن اللذة والمرور وسرقة لتحقيق كل هذا .

ويحدث أحيانا أن تبدأ السرقة بصورة مصغرة كسرقة الحلوى أو سرقة السكر أو سرقة النقود - وقد يكون الدافع بسيطا وهو الحاجة إلى الحلوى أو الحاجة إلى تجريب عمليات البيع والشراء أو غير ذلك، وقد يكون لموقف للوالدين نحو الطفل في السرقة الأولى أثر في تثبيتها فينتفنن الوالدان في تخينة ما يحافان عليه مثلا ويقتنن الطفل في أساليب الوصول إلى هذه الأشياء ويلاحظ أن المبالغة في تخينة الأشياء تغري الطفل بمحاولة الوصول إليها، وإذا نجح الطفل في ذلك فانه يشفق لدة كبرى من قنصاره على الكبار المحيطين به، ثم تذكر سرقاته ويكرر تكويده لميول وعادات يشبعها عن طريق السرقة كالتهريب أو الظهور الاجتماعي أو الإشباع الجسمي أو غير ذلك وبهذا تثبت السرقة وتصير عادة راسخة كما نراها عند بعض الأشخاص وسبب رسوخها أنها طريق سهل سريع يتحقق به شهوات ورغبات لا يقوى الفرد على مقاومتها ولا سيما بعد تعود إشباعها

دراسة حالات السرقة

عند دراسة أي حالة من حالات السرقة يجب أن نعرف - أهذه السرقة عرضية أم متكررة؟ أصحاب الحالات يسرق أشياء معينة أم كل الأشياء؟ فبعض الأولاد يسرق مصابيح الترام وبعضهم يسرق مصابيح الإشارات الأرضية هي الثولوع وبعضهم الآخر يسرق الملابس المنتشرة للتجفيف في حدائق المنازل لو فوق سطوحها وبعضهم يسرق مواقد الغاز فقط.

- ويدل نوع السرقة - إلى كإن موحداً يمثل هذه الصور - على اتجاه عقلي منظم إما من تلقاء نفسه وإما تحت تأثير رعم العصابة مثلاً، لو يدل على اتساف الملق بمهارة معينة في اتجاه خاص، وعليها كذلك أن نعرف هذه السرقة تفردية أم جماعية فمن نجد في كثير من الحالات أن الولد يسرق ضمن عصابة من الأولاد الآخرين ثلاثة تلاميذ بلدى المدارس نظموا أنفسهم تنظيمًا محكمًا لسرقة بعض الأدوات التي يمكن حطها من عربات السكة الحديدية، وكقوا يبيعون ما يسرقون لتاجر محس كل يدهم بالنقود لهذا الغرض.

وعليها أن نعرف كذلك في السرقة الجماعية، ما إذا كان المارق تابعاً أم متبوعاً وفي كثير من الحالات كما نجد أن شخصاً من الأقوياء المتمثلين (البلطجية) يدفع بعض الأولاد للسرقة تحت إغراء ويد مرة أو مرتين يستمر يدفع الأولاد تحت التهديد وكثيراً ما يحدث مع خائنات المنازل الصغيرات السن السلخات العقل فاحد الباعة المنجولين عدد خادمة بالقتل إذا لم تسرق له من سينتها بعض النقود، وأحد باعة التلج كثر يهدد خادمة في سن الحادية عشر بالاعتداء الجنسي عليها إذا لم تسرق له ما يريد، وعليها أن نتبين كذلك المادة المسروقة وطريقة السرقة وما يدل عليه كل هذا من دكاء أو إغواء فبعض الناس يسرقون لأشياء كبيرة ظاهرة دلت ألوان بريقة يتحتم ضبطهم بها وبعضهم يسرقون ملحق حمله وغلا ثمنه في ظروف لا يمكن ضبطهم فيها إطلاقاً

وعند دراسة حالة السرقة لابد من محاولة الوصول للطبيعة التي تؤديها السرقة أي أنه لابد من دراسة الدوافع الظاهرة والعوامل المستترة التي تؤدي إلى السرقة وبالإضافة إلى كل ذلك لابد من دراسة أنواع المهارات الجسمانية كسرعة اليدين وحدة الحركة وسرعتها والقدرات العقلية كالذكاء العام والقدرة المنطقية ودقة الحواس وكذلك المهارة الاجتماعية كالقدرة على الاندماج وخفة الروح ولباقة الحديث وترتيب المواقف وغير ذلك وتساعدنا دراسة هذه المهارة على حسن دراسة الشخص وحسن توجيهه توجيهها صالحاً.

بعض القواعد العامة المرتبطة بالسرقة :

إذا اعتدك يد الطفل الصغير إلى شيء لا يحق له أن يأخذه فعلمه بغاية الهدوء أنه يجب عليه أن يستأذن قبل أخذ شيء ليس له، ثم علمه بهدوء أيضاً ما له فيه حق وما ليس له فيه حق ولا تنفعل، أو تسخط أو تعاقب أو تؤنب أو تصف الولد بأنه لص - ولو عن طريق المراءح - فذلك بذلك قد تعلمه لأول مرة في حياته معنى كلمة لص ومن الجائر أنه يجد بعض اللذة في هذا العمل فيستمر فيه لأن فيه بعض الجراءة أو لأن فيه انتصاراً على الكبر، أو لأن فيه وسيلة سهلة لإشباع لذته الأخرى التي لا يجد سبيلاً آخر لإشباعها. لهذا يجب أن نتأمل لنعرف الرغبة التي دفعت به إلى السرقة لتشبعها بالطريق السري - قدر الإمكان - ولا تعلمه شيئاً عن ضبط رغبته وتحكمه فيها .

وعليك أن تبذل جهدك لخلق شعور بالملكية عند الطفل ثم عوده كيف يحافظ على ما يمتلكه، وكيف ينظمه ويهتم به. فيكون للطفل (دولاب) صغير مثلاً ليجمع فيه ممتلكاته ومقتنياته من صور إلى طوابع يريد إلى أقلام إلى غير ذلك. ويمكن أن يعلم كيف ينظم هذه المقتنيات ويحسن عرضها، ويعبر بها .

كذلك يصح أن يعطى الطفل عندما يصل إلى العمر المناسب مصروف منظم، ويعلم بين أن وأحر كيف ينفق وكيف يدير وأما الحزم ومن يشابههم فيجب ألا نوسع في طريقتهم المعريقات التي هم محرومون منها كالحلوى والنقود وما يشبهها.

ويراعى فوق ما تقدم أن الطفل لا يسرق قط ممن يشعر بصداقته له وعلمه عليه. فنتكن معملتنا للأطفال - كما تبين من قبل - متجهة نحو العلف في غير ضعف، والحرم في غير عنف.

سابع عشر الغيرة كسلوك مرضي:

معنى الغيرة:

ليست سلوكاً ظاهرياً وإنما هي حالة فعلية يشعر بها الفرد، ولها مظاهر خارجية يمكن الاستدلال منها أحياناً على الشعور الداخلي وفي غالب الأحيان لا يكون هذا سهلاً لأن الشخص في العادة يحاول أن يخفي الغيرة بإخفاء مظاهرها قدر جهده.

ولعل كل واحد قد شعر في وقت ما بالغيرة شعوراً حقيقياً أو حداداً وهناك ناس يتعرضون لهذا الشعور لكثير من غيرهم، وهو شعور مؤلم ينتج عادة من حية الشخص في الحصول على أمر محبوب - كشخص أو مركز أو قوة أو مال - نجاح شخص آخر في الحصول عليه، لهذا نجد أن فعمال الغيرة انفعال مركب من حب تملكه، وشعور بالاضطراب لأن عائقاً ما وقف دون تحقيق غيرة هامة، ولا يمتزم الفرد عادة بالغيرة وسبب هذا ما تنصله من الشعور بالنقص الناتج من الإخفاق بل كثيراً ما تكبت الغيرة لأن الناس الشعورية لا تعبل لم الحية ولا شعور نقص.

إذا طبقنا ما تقدم على الغيرة في موقف ما كغيرة زميل من آخر تفوق عليه، نجد أن من يشعر بالغيرة يشعر بعدم حيازته أو بعدم قدرته على حيازة المركز الذي يله زميله ويكون مع شعوره بالحيرة والاضطراب والاعياض من نفسه، أو من زميله أو منهما معاً ويكون عنده شوق - وإن كان خفياً - للحصول على ما يله الزميل، ويقوم صاحب الغيرة عادة بقهلم الزميل أو اتهام الظروف أو اتهام سوء المظالم .. أو ما إلى ذلك.

والعبرة بنشر بها عادة دفعة واحدة فهي تفعّل مركب له خصائصه وهو ليس مجموعاً حسابياً للأنفعالات الثلاثة التي ذكرناها. فمثل الغيرة في ذلك مثل المثلث الذي لا يمكن أن يوصف بأنه مجموع ثلاثة مستقيمت ومجموع راوييتين قائمتين وإما هو مثلث به صفة المثلثية وهي صفة ليست موجودة في المستقيمت ولا في الزوايا ولا في رؤوس المثلث

كذلك تفعّل العبرة لا يعتبر أنه غصب مصناف إليه حب ومصناف إلى هدس شعور بالنقص وإما هو أكثر من ذلك هذا مع إمكان ذكر بعض عناصره كما في حلة المثلث .

ونظراً لتعدد الغيرة بعد أن مظاهرها متعددة يختلف بعضها عن بعض لاختلافات بيئية ولكنها مع اختلافها هذا قد يصح كل منهما عن مركب من الغيرة فمن مظاهر العبرة الغصب بمظاهره المختلفة من ضرب أو سب أو هباء أو تشهير أو نقد أو مصايقة أو تخريب أو ثورة أو عصيان أو ما يشبه ذلك. ومن مظاهرها كذلك الميل للخصم، أو التهمم أو الابتعاد أو الانزواء أو الإصرار عن الأكل أو فقد الشهية أو التسليم أو النكوص أو الشعور بالخجل أو شدة الحساسية إلى غير ذلك من مظاهر الشعور بالنقص.

وقد تبدوا العبرة في محاولة الطفل في الحصول على ما فقد بمختلف الأساليب التحايل ومن هذا النوع أن يقوم الأولاد أحياناً بتقبيل المولود وملاطفته حتى يحتاط الأكبر بمركزه عند أسرته، وبعض الأولاد يتطلقون بأحسن الخلق حتى يرضوا الكبار الذين بدؤوا ينصرفون عنهم أو يميلون لغيرهم، وقد يكون السلوك تعويضاً للشعور بالنقص وذلك بمحاولة الطهور بمختلف الأساليب وكثيراً ما يكون للعبرة مظاهر جسمانية كنقص الوزن والعصا والاشعور بالتعب. وهذا النوع الكبير في أساليب العبرة من سلوك سلبي إلى إيجابي ومن سلوك رديء إلى طيب يجعل كشف الغيرة أمراً صعباً ومما يريد في صعوبة كشف العبرة كبتها أو تحويلها فمظاهر العبرة بذل في نتجه نحو المولود قد نتجه نحو أي شيء آخر في المنزل، ومن الحالات التي تدل على ذلك أن بنتاً

مرسيت لها أعت فقصرت الأم عن بقية من هي المرسل إلى الأعت فقامت
للبت بمسلمات تحريب عيفة موجهة نحو حديقة المرسل وأتته نون لي يشعر
بها أحد

الفيرة والثقة

ويلاحظ أن كل حالة غيرة تتضمن درجة من ضعف ثقة المرء من
حيث مركزه في البيئة، ويميز عن هذا بطريقة أخرى وهي ضعف ثقة المرء
بالبيئة. فلتأخذ غيرة الأزواج كمثال، فإن كل أحد الزوجين على ثقة تامة
بالآخر، فإن احتمال ظهور الغيرة يكون قليلاً. وكذلك الأمر إذا كلى المرء شديد
الثقة في نفسه. وبعد أن الموقف الولد يزدى من بعض الأزواج إلى غيرة
شديدة في نفسه. وبعد أن الموقف الولد يزدى مع بعض الأزواج إلى غيرة
شديدة ومع بعضهم الآخر إلى غيرة خفيفة، أو إلى لا شيء، فكل نوعا من
الخوف الاجتماعي أو من ضعف الثقة بين الطفل ومن حوله يكون عاملاً
مساعداً على ظهور الغيرة في الموقف المناسب وهذا يعنه يطبق على جميع
أنواع العلاقات بين الأطفال والكبار مثلاً، أو بين الرؤساء ومرحسهم، أو بين
الطبقات الاجتماعية المختلفة أو بين الأفراد والحكومات .. أو غير ذلك. فالتقص
الثقاس من موقف الغير نحو الشخص و ضعف الثقة بالنفس - الذي يمكن
لرجاعه آخر الأمر عادة إما لنقص ذاتي أو لخصبة متكررة أو لموقف الغير نحو
الشخص - ويجعله في العادة متهيئاً للشعور بالغيرة عند اجتماع الظروف
لكافية لذلك.

والثقى أنواع الغيرة هو ما يشأ عن شعور بالتقص مصحوب بشعور
بعدم إمكان التغلب عليه، كنقص في الجمال أو نقص في القدرة الجسمية أو
الخصية أو الظلية لهذا نجد أن المرحسين للغيرة معرضين للشعور بالتقص،
كما أن المرحسين للشعور بالتقص معرضين أيضاً للشعور الشديد بالغيرة.
وتكون كل من الغيرة والشعور بالتقص حلقة متصلة الأجزاء يؤثر كل جزء
منها في الآخر.

كيف تنشأ العيرة؟

لعل أهم أسباب العيرة أن يشعر الشخص بحقه في امتياز معين (اجتماعي في العادة)، أو أن يحصل عليه بالفعل، ثم يفقده كله، أو يفقد جزءاً منه، فيحصل عليه شخص آخر. فلذا يشعر أنه يستحق شهرة معينة، ولا يحصل هو عليها، وإنما يتمتع بها شخص آخر، يشعر بالعيرة. والاستعداد للعيرة في الكبار ينشأ في سني الطفولة الأولى، وتظهر العيرة في حياة صغار الأطفال في سنواتهم الخمس الأولى عن طريق المصادفة أو عن طريق التنشيط من الكبار المهتمين عليهم.

ويلاحظ أن الطفل في أول حياته تجلب له عادة كل طلباته، ويستدعي في العادة اقتباه الجميع، ويسلم بعد مدة قصيرة بأن كل شيء له، وكل جهد له، وكل اقتباه له. ولكن الذي يحدث هو أن العناية التي كانت تستغرق كل جهد الكبار قد تنحصر عنه فجأة أو بالتدريج كلما نما. وقد نتج هذه العناية إلى مولود آخر أو إلى شخص آخر في الأسرة.

هذا التعبير قد يترتب عليه فقد الطفل ثقته في بيئته ولا سيما في أمه وفقد الثقة في نفسه تبعاً لذلك، إذ يشعر بأنه غير مرغوب فيه. وبذلك يبدأ شعوره بالقلق، وشعوره بالكرهية لبيئته، والميل للانتقام منها أو الابتعاد عنها، أو شعوره بالذروخ إلى سلوكه يترتب عليه جلب العناية إليه مرة أخرى، كاللص، أو القبول الإرادي، أو المرض.

وكلمياً كبرت الامتيازات التي تحظى لطفل ما، رأت العيرة عند إقصائها منه وإعطائها لطفل آخر. ولذلك كل الطفل الذي يتمتع بامتياز معين، هو أكثر الناس استعداداً للشعور بالعيرة، وذلك كالطفل الأول أو الأخير أو الوحيد، أو الذكر الأول أو من يشبه ذلك من الأطفال الذين يحتلون مركزاً يصلحهم فرصة التمتع بامتياز واضح.

كذلك يغفل الطفل أحياناً إذا وجهت الأم إلى والده عناية فائقة. وذلك لأن الطفل في سنواته الأولى كل يتمتع - كما يبدو له - بعناية أمه كلها، ثم يلحظ أن الوالد يأخذ كثيراً من هذه العناية، فتنبوا عليه علامات العيرة، وبصحة أو غير وبصحة ويحدث أحياناً أن ينحيز الوالد عن الممرل مدة طويلة، ولمجرد عودته تنصرف الأم إليه قصراً كلياً فيحار الطفل والعيرة من الأب سببها أنه ينزع الطفل المركز الذي يرغب فيه لنفسه عند الأم. والسبب في أن عيرة الأخ من أخيه أكثر ظهوراً من غيرته من أبيه يرجع إلى الكتب التي عن التقاليد الاجتماعية، والصراع بين حب الوالد (الذي يطعم ويكسو) من ناحية والعيرة منه من ناحية أخرى. ويمكن أن تدخل العيرة من الوالد تحت النوع الناتج عن الشعور بالنقص المصحوب بشعور بعدم إكمال التطلب عليه.

وتدل دراسة الحالات على أن كثيراً من الحالات لشادة التي تنصف بالقلق والاضطراب الجنسي والتعرض للعيرة العادة يرجع ما بها من اضطراب إلى العيرة مما يلهمونه من المواقف الجنسية بين الوالدين. وهذا يحدث بنوع خاص عند الأطفال الذين ينشأون مع أمهاتهم، والذين يلحظون أحياناً ما يحدث بين الوالدين من مغاللة أو اتصال جنسي يعتقد الوالدان أنهما غير ملحوظين فيه، لأن الأطفال عادة يفتشون أو يتلومون في هذه المناسبات. وتحدث العيرة كذلك من الموازنة الصريحة أو الضمنية، ونقص الصمنية إلى الجو بنصه يوحى بالموازنة، ويتفصيل واحد على الآخر فهذه الموارد - سواء في الممرل أو في المدرسة - تؤدي إلى الإثارة بالنقص، وإضعاف الثقة بالنفس لدرجة تجعل الشخص عرصة لهذا الشعور. وتقوم الموارد عادة حول جمال الحلقة أو القدرة العقلية أو الاجتماعية، أو ما إلى ذلك مما قد لا يجد الطفل لنفسه حيلة للتطلب عليه.

بعض حالات العيرة.

حالة لطفل وحيد كل وقفاً بجانب أمه ورأى هم بعض الصبيوب، حملت الأم إبتهم لتقبلها، فما كل منه إلا أن صرخ، وشد ملابسها، فحملته

تقبلون عليها في الحال. والقبول هنا يحتمل أن يكون انقباضاً للتخيرة تم غالباً بحيلة
لشعورية

وحالة أخرى لبنت في السادسة والتسيف، بقيت وحيدة مدة خمس
سنوات، ثم ولد لأبويها طفل ذكر. والأب رجل هادئ يملك البنت تكديلاً شديداً،
وأما الأم فقها سيدة صعيحة لا سلطة لها على أولادها. وهي تترك أغلب العناية
بأولادها للوالد. وحالتها العصبية سيئة. تتكفئ البنت بحساسية شديدة، وتشتت
في الانتباه. وتلحز في الدراسة على الرغم من ارتفاع ذكائها، وهي تحلم بالليل
أحلاماً مزعجة بصوت مرتفع، وتثور أغلب أحلامها حول أخيها، ويصوبها
بالخيرة والحق في المدرسة والمنزل. ومن المحتمل جداً أن يكون أساس مشكلة
البنت غيرتها من أخيها.

وحالة أخرى لطالب في الدراسة عمره أربع وعشرون سنة لا ينجح في
كل عام إلا في امتحان الدور الثاني، وشعر في إحدى المرات بتوقعه قبل
الامتحان، وقرر ألا يدخله. يلاحظ أن المرض هنا ربما كان حيلة دفاعية من
حيل اللامعور وتلميحتها حمايته من دخول الامتحان. وقد نجح جميع من دخلوا
الامتحان إلا ذلك فتألم الطالب جداً، ولم يقو على مقابلة من تقموا عليه، وظهر
عليه بعد ذلك عدم الاهتمام بالدراسة، ولم يذهب إلى كليته، وصار شغله
الشغل أن يردد .. (وما قيمة التعليم .. إن رمانتي أصبحوا أحسن مني؟)،
وصار شديد التبرم والحق، شديد الاحتقار للناس أجمعين، يعلل في معاشرة
الناس لا قيمة لها لموه حلقهم، وتعطيل عقليتهم. وحير له أن يبتعد عن
يعرفهم، ويمش بمفرده بعيداً عن هذا العالم.

وبلاحظ من هذا أنه يسقط شعوره بالقيمة على الناس. أما هو فإنه أرقى
الناس جميعاً، وأحسن منهم عقلاً وحلقاً، وهم لا يستحقون معاشرته إياهم. وحتى
التعليم نفسه لا قيمة له. فهو لا ياسب قدام القيمة لنفسه، وإنما ياسبه للتعليم،
وهذا أيضاً إسقاط. ثم صار كثير التدين يكثر من الذهاب إلى المسجد ويطلب أن
تقرأ عليه الأوراد المختلفة ولعل تنبيه بحثاً عن الشعور بالطمأنينة الذي لا

يشعر به هي حياته الواقعية وفي علاقته بعالم الناس والعمل. وهذا الطالب هو الابن الوحيد لو لديه ويجب دائماً أن يكون قريباً من أمه إلى حد يقضي وقته دفناً معها ولا يتركها إلا قليلاً وإذا جاءهم صيوف فهو لا يجالسهم وإنما يلزم أمه إلا إذا اضطرت لمقابلة الصيوف وفي هذه الحالة ينتظرها على مصص إلى أن تفرغ منهم.

وبعد حادثة الملحق التي تشير إليها (استعان الدور الثاني) تركه (البنسبون) الذي كلى يسكنه في القاهرة واستأجر (شقة) واستحضر معه أمه وأباه ليحشا معه في القاهرة، وبذلك تركا مصالحهما وتكبدا نفقات إضافية باهظة ومع كل ذلك لم يفر على الذهاب إلى كليته وفي مرة جلس معه أبوه برجوه ويتوصل إليه أن يذهب إلى الكلية والوالد يقول أنه لا يفرى على مواجهة من نجحوا وكافوا معه، وأخيراً بكى الولد وتركه المنزل، وبكى الولد وظل يبكي زمناً طويلاً.

ويعتقد الوالدان أن (عين السوء) قد أسابت نجلهما. معنى ذلك أن ابنهما كامل من كل ناحية و(عين السوء) هي المسؤولة عما هو فيه مما يترتب عليه أن الولد ينسج حول نفسه فكرة عظيمة جداً، ويتهم كل من حوله بسوء النية وسوء الخلق. ويبلغ من شدة اعتقادهما في الخرافات أن وقعا في شبله محال يدعى أنه يحول المحاسن إلى ذهب وباع في هذا السبيل أربعة أئنة من عتارهما الذي لا يتجاوز أربعة وعشرون أئنة في مجموعهم.

وهناك حالة أخرى شبيهة بالحالة السابقة كل الولد فيها شبيهاً بالوحيد، إذ أنه كل الذكر الأول وبعده عدة بنات وعدة فتيات ثم ولد. وكان الولد يشتغل بحرفة ندر مالا كثيراً، إلا أن المجتمع لا ينظر إليها نظراته إلى حرفة راقية، وكانت الأم تشعر لهذا بالنقص ثم أرادت أن تربي ابنها في المدارس العادية، وكانت مشعوفة إلى بعوض لها في نظرها النقص الذي تراه في زوجها. صاحب هذا انحطارها واعتقار الولد بعد نموه للوالد. نشأ الولد متعلماً محترماً، وكان إذا ركب في استحق بالمدرسة تحتقد الأم أن المدرسين يقصدون

رسويه وكانت تطحن هذا وتعلن أنفاله من التصریحات حول رملاته في اللعب ورملاته في المدرسة، وبذلك نشأ الولد وعده فكرة عظيمة جداً عن نفسه ولم يتسلع في تعليمه إلا سكين من التطعيم القوي، ولتترك بعد ذلك لشركاء مشرقاً في صل من الأعمال الوطنية وعزا كل خيبته بعد ذلك إلى تضحيته في سبيل الوطن وبذلك زفت فكرته عن نفسه عظمة على الرغم من خيبته في الدراسة التي لم يحاول إعادة مواصلةا بعد ذلك شغل وظيفة حكومية ولكنه كان يقضى كل وقته في مجاربة المؤامرات التي يتوهم أن أغلب زملائه يدبرونها ضده. ربقى طول حياته مثالاً لشد الألم، وخاصة كلما رأى غيره - ممن هم في نظره أقل منه - يتفوق.

الفقرة عند الطفل الوحيد:

ل الطفل الوحيد ينشأ بين أبويه وليس معه أطفال آخرون يختصون بمتطلباته، وينمو محاطاً بكل أنواع الرعاية، فينشأ بفكرة أنه مركز كل انتباه وينشأ لذلك إذ لم يتعود من الحياة أخذاً وعطاءاً وحفاً وولجها فالعناية كما نشأ فيها أول الأمر كلها أخذ وليس فيها عطاء وكلها حقوق وليس فيها واجبات. فإذا خرج الطفل الوحيد أو تشبیه بالوحيد عن دائرة والديه للعب مع الآخرين، فأنه يصدم لأن الأطفال لا يدعونه يأخذ ولا يعطى ويمتدي ولا يمتدي عليه. فحدث مثلاً أن يضرب أو تخطف لعبته فيجرب عادة إلى أنه ياتكيا وهذه تصمة إليها وتصيب الأولاد الآخرين وتفهمه أنه رقيق الطبع حسن الحلق وأنه من طينة راقية غير طينتهم، ولما الآخرون فاتهم على درجة كبيرة من الشراسة وسوء القرية وخير له ألا يلعب معهم وأن يكت إلى جانبها.

وبنفس الطريقة يخرج الطفل الوحيد أو تشبیه بالوحيد إلى المدرسة فيجد أن المعلمة لا تقدره بالتكليل بل أنها تعمل للجميع معاملة واحدة تقريباً، وإذا عليه رملته في لعب أو درس أو غير ذلك فهو، كما تعلم من أنه له حصته وبواحي رفته التي لا يطمها أحد غيره هو وأمه. وهذا يكر ويخرج إلى الحياة ويجد أن مجال التمتع بامتيازاته معدوم ويقابل الحياة بزيادة اعتقاده في

عظمة ذاته وريادة اعتقده في سوء حظه في الحياة ومؤامرات الناس حوله
وأثر عين السوء وما يشبه ذلك وهكذا تصلحبه تلك الحال طوال حياته وتطلق
له من المشكلات ما يظهر أثره في ميدان الحياة الزوجية ومع أولاده وفي
مهنه

وهذه الحالات كلها يصحبها الاتفعال المركب المسمى بالغيرة وهو
مكبوت في غالب الأحيان ولذا لا يسهل دائماً تشخيصه وسلوكه المطلق الأخير
من هذه الناحية يشبه في حالات كثيرة سلوكه الطفل الوحيد أو الشبيه بالوحيد
ويلاحظ أن الغيرة التي يشعر بها الطفل الوحيد أو الشبيه بالوحيد عند خروجه
للمدرسة أو للحياة القصى واشد من أي نوع من أنواع الغيرة التي تحدث داخل
الأسرة.

الغيرة من المولود:

بحسب بالوالدين تخطيط الحمل والولادة بحيث تكون الفترات الواقعة بين
طفل وآخر لا هي بالقصيرة ولا بالطويلة، أي أنها لا تكون قصيرة بحيث تحرم
الطفل الموجود فعلاً من النمو الكافي ولا تكون طويلة بحيث يتمتع الطفل
الموجود بامتيازات يصعب عليها التنازل عنها فيما بعد. إن فترة طولها من
سنتين إلى ثلاث أو أربع سنوات فترة مقبولة ويجب عند الحمل إعداد ذهن
الطفل الموجود لما يتوقع حدوثه قبل الولادة بمدة كبيرة يجب أن يقل التصاقه
بالأم، ويجب عند الحمل إعداد ذهن الطفل الموجود لما يتوقع حدوثه قبل
الولادة بمدة كبيرة يجب أن يقل التصاقه بالأم ويجب إعداد ذهنه لذلك بأن
تقهمه الأم بأنه سيكون له أخ صغير يلعب معه ويرعاه، وكثير من الأطفال
يلاحظون ظاهرة الحمل وقد ينزعجون للتغيير الظاهر غير المفهوم، ويظن
الأباء إذ ذاك أن الميرة بذلك قبل حدوث الولادة، وبعض الأطفال يسألون الأم
عن سبب هذا التغيير الظاهر فيجب على الأم أن تجيبه بهدوء بأنه يوجد
بداخلها طفل صغير سيكون ثم يولد بعد أن يموا سوا كافيًا.

ويكتفي الأطفال عادة بما يقال لهم إذا كان معقولا صريحا ي
عقولهم ويصح أن تكمل هذه المحادثات بمحادثات أخرى ومشاهدات عن
التوالد عند الطير والحيوان وتكون هذه المحادثات جزءا أساسيا من التربية
الجنسية اللازمة لصحة الفرد النفسية وبعد أن يولد الطفل لا يجوز إهمال الكبير
وإعطاء الصغير عناية أكثر مما يلزمه فوجب ألا يعطى المولود إلا بقدر حاجته
وهو لا يحتاج إلى كثير والذي يصلوق الطفل الأكبر عادة كثرة حمل المولود
وكثرة الالتصاق الجسمي الذي يصير بالمولود أكثر مما يعود

فواجبا إن تهيئة عقل الطفل إلى حادث الولادة وكذلك يجب فعله
فطما وجدليا تدريجيا قدر الإمكان فلا يحرم حرمانا فجائيا من الامتياز الذي
مستحق مثله على أخيه.

الفقرة بسبب الموازنة:

يولد الأطفال باستعدادات مختلفة من حيث الذكاء أو الولعي المزاجية
وينشئون مختلفين اختلافات تكون أحيانا شاسعة ويوزن الطفل نفسه عادة بعيره
من إيموته من حيث الجنس (ذكر أو أنثى) أو من حيث السن (كما بين الصغير
والكبير فالصغير يفار أحيانا لمجرد أنه أكبر منه) أو من حيث القدرة أو من
حيث الجمال الطبيعي أو غير ذلك، ولكن القضا هو في اهتمام الآباء
والمدرسين وأصدقاء الأسرة والمجتمع عامة بغيراز هذه الفروق وأشعار
الأطفال بأنها مهمة في نظر غيرهم وتختلف درجات إبراز هذه الفروق
اختلافات كبيرة وتختلف تبعاً لها النتائج المترتبة عليها من غير وحق وحرور
وغير ذلك .

فيجب على الآباء أن يقلعوا عن الموازاة الصريحة وعن خلق الجو
الذي يشعر بالموازاة ويجب اعتبار كل طفل شخصية مستقلة لها مزاياها
واستعداداتها الخاصة بها فإذا نجح طفل في عمل ما فيمكن أن يشجع عرضاً ولا
يوزن بعيره وكل طفل - مهما خاب - له ناحية طيبة يمكن اكتشافها وإبرازها

والاعتزاز بها وبذلك يمكن أن يزول الشعور بالحياة المؤدى إلى الشعور بالذلة والنقص .

ومعاً للموازاة بين الأخ ولحيه أو التلميذ وزميله يمكن للموازنة بين الطفل ونفسه في أوقات مختلفة فإن تقدم في وقت عما كان عليه في وقت سابق لهذا كان تشجيعه، وإذا كانت المدرسة أو الأسرة تعنى بالهويات فيحرص أن يكون لدى الأولاد هويات مختلفة كال موسيقى والتصوير وجمع الطوابع وجمع المجانب الطبيعية من الحشرات وأنواع الفيرس وغير ذلك وبذلك يتفوق كل في ناحيته ويوازن نفسه بنفسه وإن اختلف الأطفال هويات متشابهة فيجب الامتناع عن الموازنة التي تنقل من قيمة بعضهم مما يحبطهم بكونهم عن نشاطهم ويقترون اهتمامهم به.

وتخطئ بعض الأسر بأن تعامل الأبن معاملة تختلف باختلاف أعماراً عن معاملة البنات مما يخلق القصور في الأبناء ويشعر حفيظة البنات ويؤدي عذهن هيرة تكبت وتظهر أضرارها في صورة أخرى في مستقبل حياتهن ككراهية للرجال عامة وعدم الثقة بهم وغير ذلك من المظاهر ومما يجعل الولد أيضاً معزماً للخيرة ضد خروجه للحياة.

وبعض الأسر يخطئ في إغراق امتيازات كبيرة على الطفل العليل كما حدث بالفعل في حالة معينة من إحصار طب (الشكولاته) والملابس الحريرية والتمتع وإعطاء النقود وغير ذلك مما لا علاقة له بعلاج المرض نفسه. وهذا يثير الحيرة في الأخوة الأصحاء وتبدوا مظاهرها في تملي المرض وكراهية الطفل للمريض أو غير ذلك من مظاهر الخيرة الظاهرة أو المستترة.

ويستنتج من هذا أنه لا يجوز إعطاء الطفل أي امتياز أكثر من العناية التي يتطلبها المرض وإن كان المرض شديد الوطأة طويل المدة يتطلب امتيازات كثيرة بفرصة فيجب أن يحرر الطفل تدريجياً من هذه العناية مع خروجه التدريجي من حالة المرض وعلى هذا يجب ألا يعطى الطفل في أي

وقت من الأوقات امتيازات يصعب عليه التنازل عنه فيما بعد أو يشعر معه غيره من إخوته بالظلم والتخبر البالغ.

ويجب مهما كانت الفروق العرضية أو الدائمة بين الأخوة أو الزملاء فلا يجوز استشارة الموازنات المؤدية إلى العيرة. وهذا لا يمنع بالطبع من إجراء مباريات بين تلاميذ المدارس من أن لآخر مما يحمزهم لبذل الجهد ويطلق الفرصة لحقاً لتعويد التلميذ تقبل الخيبة المؤقتة بصدر رحب.

الفصل الخامس
بعض صور العلاج النفسي
للاضطرابات العصابية

الفصل الخامس

بعض صور العلاج النفسي للاضطرابات العصبية

العلاج النفسي الفردي Individual Psychotherapy

أ - التحليل النفسي Psychoanalysis

تم تطوير التحليل النفسي بواسطة سيجموند فرويد، حيث كان الاهتمام في بداية التحليل منصبا على اللاشعور، إلا أنه الآن انتقل إلى تحليل الأنا ودفاعاتها. وهو برنامج طويل ومكثف، ويشمل ثلاث جلسات في الأسبوع لمدة تتراوح بين سنتين إلى خمس سنوات، ويطلب فيه المعالج من المريض أن يعبر عن أي شيء يتذكره أو يمر بخاطره، أي يتركه لنفسه العزل في أي اتجاه تعوم دون قيد أو بشر فيما يعرف بطريقة التداعي الحر أو التداعي الطليق Free Association، بهدف الكشف الخفي للذكريات المشحونة عاطفياً بالحدث الطفولة المبكرة والتي يعتقد أنها سبب الاضطراب الحالي، ويقصد بها العناصر الانفعالية القديمة التي تسيطر الأوضاع الحديثة في حياة المريض.

ويتركز دور المعالج النفسي بصورة رئيسية في تقديم التفسير الملائم وفي الوقت المناسب وبصورة واقعية، بالإضافة إلى الإسغاء التام واليقظة ففى ذلك تمهيداً لتسهيل لانسحاب المريض في تداعي طليق للأحداث، لمعطي المريض للمعالج نظرة داخلية عميقة في أصول أعراضه العصبية وتشمل هذه الأصول صراعا ذو طبيعة أوديبية ويواجه المريض حتماً في البدلية صعوبة في تتبع القاعدة الأساسية لفكرة تداعي الحر وأحياناً بصمت ولا يستطيع متابعة الكلام أو يتحدث عن تفاصيل غير متبينة وربما مهمة، وهو يجد كثيراً من المقاومة التي يشعر بها ويدركها المعالج، إذا تحول نفسه بينه وبين الانطلاق المطلوب

هي الأفكار وهذه تعتبر ادرجة كبيرة وسيله غير واعية حيث تدفع الانا عن نفسها ضد المشاعر والنواضع غير المقبولة، والتي تكون مفروسة مرضيا من قبل المحلل.

ويتناب المريض أثناء العلاج حالات تلفت للخطر، فهو يبدي رد فعل انتقالي أو إجلالي Transperence Reaction تجاه المعالج والذي يحمل العلامات المصيرة لطولته المبكرة كان المعالج قد حل من نفس المريض ذات المحل الذي كان يحل فيه الأب أثناء طفولته ويمكن أن تكون ردود الفعل الانتقالية هذه موجهة ومصحوبة في بعض الحالات باجذاب شهواني أو ممكن أن تكون ردود فعل لكثير سلبيه مثل العدا، والكره، أو القرف أو عدم الثقة.

فالمريض مثلاً يمكن أن يدخل العيلة وهو يتوقع أن يكون المعالج مثل الأب القوي، وسوف يتلقى علاجاً سريعاً وفعالاً بالإضافة إلى وجود إعجاب غير حقيقي للمعالج وقدراته ومع مرور الوقت لا يتحقق العلاج السريع، عندها ينقلب فشل المريض وإخفاقه في الشفاء إلى اتهامات غامضة، ضد شبح الأب متكرراً بالطبع لى أباه أهله أو حقره تحت مثل هذه الظروف الغامضة (المعالج يعامله كمريض والمريض يعامله كأب) فالمريض يظهر توقعاته مستخلصه من علاقته الأبوية المبكرة على المعالج من خلال رد الفعل المقابل الانتقالي القوي، وربما يفقد المريض رؤية الهدف الأساسي للعلاج النفسي (فهم ذاتي) ويصبح مقيداً لسيطرة كره ماء، مثل أن يكسب موافقة المعالج أو يغري المعالج أو يسيطر عليه.

وسوف تساعد المكاسب المرنية للأعمال المكررة خلال خبرات الطويلة المشحوبة تفعاليا وردود الفعل الانتقالية للمريض من أن يتصرف مع الناس الآخرين على أسس الحقائق الحالية غير ملونة أو متأثرة بتلك الرواسب من الماضي.

ومن خلال نظرية التطويل النفسي يتضح أن هناك سببين رئيسيين لا تستغرق التطويل النفسي فترة طويلة.

أولاً، أنها تفترض أن أنواع الاستجابة المراجعة لمرضى العصاب قد تطورت عبر عديد من السنين، وأنها سوف تستغرق وقتاً طويلاً للتحقق في الأسس التاريخية للاضطرابات، وتتبع آثار تطوره من خلال مختلف العلاقات في الطفولة والمراهقة.

ثانياً، يحارب المريض بمقاومته غير الراضية كل ما يواجهه حتى لا يسلم دفاعاته المصائبية.

ب - العلاج النفسي المتمركز حول العميل:

يعتبر كارل روجرز المسئول الأول عن تطوير هذا النوع من العلاج، وهذه الطريقة في العلاج تعرف بطريقة العلاج غير المباشر أو الإرشاد والتوجيه النفسي.

ولقد تميزت الطريقة عبر السنين، ففي البداية كان التأكيد على أن المعالج غير الموجه بمعنى أن يسمح للعميل أن يقرر ما الذي يريد أن يتحدث عنه، ولا يصنع قرارات هامة لحيلته بدون نصائح من المعالج النفسي أو أنفى توجيه. والمعالج عليه أن يستمع بإصغاء جيد، لديهم بحس مشاعر المريض، ويمكن العناصر الاتصالية في تعديلات المريض، ليبدأ بعد ذلك تحديد المشكلة وجمع خيوطها.

وفي كتاب صدر بعد ذلك لـ روجرز Rogers عن العلاج المتمركز حول العميل، كتبت تلك العلامات لا زالت موجودة ومؤثرة في أسلوب العلاج ولكن كل هناك تركيزاً أكثر على الموقف العام للمعالج نحو المريض، ومن ناحية كل هناك اهتماماً بالتقنيات والقنن العلاجية بطريقة واضحة وأكثر تحيلاً. وهكذا فمن أجل أن تحدث تغيرات علاجية بناءة فالمعالج جب أن يقيم المريض بطريقة الحاسة

مقتنما بعمل في مقدرة المريض، على تحقيق الذات والنمو البناء للشخصية، وأن يكون لديه فهما مؤكدا لتجارب المريض الموضوعية وبالتالي يقدر ظروفه.

وفي السنين التالية أصنف روجرز Rogers مؤكدا على أهمية أن يكون للمعالج شخصا حقيقيا في العلاقة العلاجية التي يجب أن يكون أساسها الاحترام والثقة المتبادلة والفهم الواقعي. وذلك من خلال جو علاجي مشبع بالأمن والتقبل بعيد عن القلق والتوتر ويضيف أن المعالج النفسي يجب أن يكون صانقا أصيلا وشرعيا، متوافقا مع نفسه، لديه اتجاه نفسي في فهم وتفسير وتعديل السلوك.

وكند روجرز على أنه من خلال العلاقة الصانقة الأصلية بين المعالج والمريض، يمكننا أن نساعد المريض على تخيير البناء لشخصيته، والذي يؤدي إلى تغيير مفهوم الذات بما يتوافق مع الواقع، وبالتالي اختفاء الأعراض المرضية، وحدث التوافق النفسي

وكن روجرز يؤكد دائما في جميع كتاباته على القيمة العلاجية للمواجهة المباشرة بين المعالج والمريض، ويرى أن تاريخ الحالة ليست ضرورية وأنها تطيل فترة العلاج.

جـ- وسائل مقابلة العلاج النفسي:

Mixed Approaches to psychotherapy

ويوجد قليل من المعالجين النفسيين، يحفظ عن ظهر قلب نظريات فرويد أو روجرز، أو حتى يلم بها جميعا، ولكن معظمهم تأثر أثناء التدريب والدراسة بهؤلاء الأشخاص كما تأثر بأصحاب الآراء الجديدة في العلاج النفسي مثل، س. ح. يوج، هاري سادل سوليفان، وفرازر ألكسندر. وهكذا يطور المعالج النفسي طورا أو طريقة خاصة به، ولا يرتبط بأي قالب موصوف مسبقا وهي هذا الجراء يركز على

بعض الأنواع العلاجية مثل، التحليل النفسي، والعلاج النفسي المتمركز حول العميل، وأنواع مختلفة من العلاج النفسي الفردي والذي يؤكد على الموص في اتصال النص بهدف فهم الذات وعلى أهمية العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض، والذي يعرف بالمعالج النفسي التقليدي.

د. تقويم فعالية العلاج النفسي التقليدي:

Evaluation of the Effectiveness of traditional psychotherapy

لخص أبرنك Eysenck نتائج عدد من الدراسات المتعلقة بالعلاج النفسي التقليدي، واستنتج منها أنه ليس هناك إثبات على أن العلاج النفسي قد سهل الشفاء من الاضطرابات العصبية أكثر من العلاج الملق بدرجة كبيرة وقد توصل ليفيت Levitt إلى نفس النتيجة من البحث الذي أجراه على تأثير العلاج النفسي لدى الأطفال العصبيين بالعصاب. ولمسره الخط للدراسات التي بدت عليها هذه الاستنتاجات، تؤخذ عليها عديد من التحفظات فيما يخص طريقة البحث المتبعة فمثلا قليل من هذه الدراسات استخدمت مجموعات ضابطة غير علاجية ولكن يجب أن يوضع في الاعتبار أن هذه الدراسات لم تترهن على فعالية العلاج النفسي، وأوصاً لم تترهن على أن العلاج النفسي غير فعال، وبالتالي فلو وضع مطلق، ولا زال البحث غير شامل أو مقنع.

ومن أجل تقويم فعالية برنامج العلاج فهناك ثلاثة شروط يجب أن تتوفر:

١- يجب أن يختار المرضى بطريقة عشوائية، أي بدون تمييز مسبق لحالات العلاج وعدم العلاج.

٢- يجب أن يكون برنامج العلاج هادفاً وموضوعياً ومحدداً بوصوح على أساس أن الوصف للتقيق المفعول يمكن أن يصل إلى الباحثين الآخرين.

٣ . يجب أن يكون هناك تقدير سابق للخصائص والصفات المعروفين أن يقوم العلاج بتغييرها مع وجود متابعة بعد العلاج. ويجب أن يتفق هذا التقدير مع الأسس المقبولة للحقيقة، ويجب أن يتفق هذا التقدير مع الأسس المقبولة للحقيقة، ويجب ألا يعتمد على التقدير الذاتي للمريض، أو أن يكون بوساطة معالج له مصلحة.

وإذا حددنا الاهتمام بدراسات عن العلاج النفسي التقليدي مع مرضى العصاب فسنكون الصورة غير واضحة، وذلك لأن هناك عدد قليل من هذه الدراسات والتي لا تتعدى أصابع اليد، وتعتبر ملائمة من حيث التصميم والبحث التجريبي، ومن هؤلاء خمس دراسات فقط اعتبرت مؤكدة لفكرة فعالية العلاج النفسي ودراستين منهم أعطيت نتائج إيجابية واحدة فشلت في الوصول إلى نتيجة موجهة وفيها يلي تلخيص لبعض هذه الدراسات:

لقد قرن شلين وزملاؤه (Shlien et al.) بين فترة العلاج وفترة الانتظار، وذلك بين مجموعة العلاج المتمركز حول المريض في وقت محدود (٢٠ جلسة خلال أسبوعين) مع مجموعة ضابطة كان عليها أن تنتظر ثلاثة أشهر قبل العلاج قد أظهرت مجموعة العلاج انخفاضاً كبيراً في السخط وعدم الرضا Dissatisfaction مع النفس، أي تحسنت أكثر مما أظهرت المجموعة الضابطة للمنتظرة وفي نفس الدراسة حصرت مجموعة أخرى ٢٠ جلسة من الجلسات العلاجية وقد تحسنت بنفس المعيار أكثر من المجموعة الضابطة، ولم تكن مختلفة عن مجموعة العلاج المتمركز حول المريض

وقد اختار المعالجون النفسيون ستون وزملاؤه (Stone et al.) مجموعتين من مرضى العصاب بدون توجيه خاص المجموعة الأولى: وهي حالات علاج فردية تشمل على الأقل ساعة واحدة في الأسبوع، والمجموعة الثانية وهي حالات أقل اتصال بالمعالج حيث أن كل مريض كان يعالج منفرداً لمدة ٢٠ دقيقة كل أسبوع واختبرت هذه المجموعات

بحرص، بحيث تتساوى في العمر، والجنس، والخلقية الاجتماعية والتشخيص، وطول فترة المرض، وخبرة المعالج النفسي. وتم تطبيق مقياس لعدم الفاعلية الاجتماعية على المرضى قبل وبعد ستة أشهر من العلاج، وعلى فترات متتالية وأخر مرة كلفت بعد خمس سنوات من انتهاء العلاج. وبعد انتهاء فترة ستة أشهر للعلاج تبين أن مجموعة العلاج الفردي تخفض لديها عامل عدم الفاعلية الاجتماعية أي رابت فعاليتها الاجتماعية أكثر من مجموعة الأقل وهذا الفرق استمر لمدة ١٨ شهراً وذلك من خلال المتابعة إلا أنه بعد خمس سنوات متتالية لم يكن هناك فرقاً بين المجموعتين مع العلم بأن كلتا المجموعتين أظهرت ميلاً كثيراً في اتجاه التحسن المستمر على طول فترة المتابعة. ولم يجد بارون وليري Barron & Leary أي فرق باستخدام التقرير الذاتي لاختبار الشخصية متعدد الأوجه بين مرضى العصاب والذين يتلقون علاجاً نفسياً فردياً أو جماعياً، بالتعطيل النفسي، أو الجماعة الصابطة التي تتخلط ستة أشهر من أجل العلاج. وقد تم تقسيم المرضى في مجموعات على أساس التشابه الكامل في نوع المرض (التشخيص) وشدة المرض، ومستوى التعليم، بالإضافة إلى النفسيين أمضى كل منهم ثلاث سنوات خبرة قبل التخرج في البحث والعلاج على كل حال يتبقى مزالاً، كيف اختير المرضى للمجموعة الصابطة المنتظرة ؟

ومن ثم فإن الدراسات ألفة الذكر لازالت قاصرة عن المعيار المفضل لتصميم البحث العلمي ولكنها على الأقل تمثل بعض أفضل البحوث في قياس الفعالية العامة للعلاج التقليدي وهناك دراسات أخرى أجريتها بواسطة بيرجن Bergin وثرولكس وكارحوف Trauy & Carkhuff شامتاً هل قدم بعض المعالجين النفسيين المساعدة لمرضى العصاب، وكانت النتيجة الإيجابية بالمتوسط التحسن للمرضى الذين يتلقون العلاج يقترب من المجموعة الصابطة غير المعالجة. إلا أن بيرجن أعاد تحليل المعلومات التي حصل عليها

من عدة دراسات علاجية ووجد أنه في مبيع دراست أن هناك زيادة واضحة في تغيير سلوك مجموعة العلاج أكثر من المجموعة الضابطة. تماماً كما وأن بعض المرضى كل يبدى تحسناً ملحوظاً بينما البعض الآخر كلقت حلتهم تسوء بشكل واضح.

وتوصل ترواكس وكار خوف بعد مراجعة عد من الدراسات أن العلاج النفسي الكفاء ينبغي أن يتميز بعدة خصائص وصفات مثل:

- ١- الأسالة والصدق Geniuses.
- ٢- الدفء والحمية من غير تملك Warmth No possessive وبالتالي يعطي المريض العطف والحنان من غير سيطرة.
- ٣- المشاركة الوجدانية الصحيحة Accurate Empathy.

ومن يتمتع بهذه الخصائص فإنه يقدم علاجاً فعالاً بعكس أولئك الذين لا يتمتعون بهذه الصفات فإن علاجهم غير فعال. فمثلاً في دراسة أخرى (سترواكس ورملاؤه) وجدوا أن المعالجين الذين يشمون بالخصائص المذكورة سابقاً كان لديهم ٩٠% نسبة تحسن مع مرضى العصاب الذين يعالجهم، وأن منخفضي هذه الخصائص كان لديهم فقط ٥٠% نسبة تحسن. قد يرجع سبب التحسن إلى أن أولئك المرضى الذين يحبون ويحاولون التحسن، ويستفيدون من صفات المعالج النفسي، الأسالة والصدق، الدفء، والمشاركة الوجدانية، كما أظهر (ترواكس) أن المعالجين يحافظون على مستوى ثابت لهذه الأخلاق والصفات مع مختلف المرضى، وهذه النتيجة لا يمكن دفعها لو أن صفات المريض أخلاقه أثرت في تغيير هذه الصفات لدى المعالج.

وبلا شك فالمعالج القدير هو الذي يستطيع أن يمسك بخيوط العلاج المعقدة ويستمر مع المريض حتى الشفاء فالمعالج الذي لا يتمتع

بالمصنعات الأصلية، لا يمكن إن يكون قفراً على تسهيل تعليل التداعي الحر وإعانة للمواقف أو الخبرات الإيجابية للمسئولية عن الأعراض، وربما لو حدثت إعادة التجربة فقد يتصرف المعالج بطريقة لا تساعد، أو ربما تجعل الوضع أسوأ بالنسبة للمريض وهذا الفرص محقولة إلى حد ما، ذلك الذي يقول أن الأبوين اللذين يفترقان إلى الافتتاح والشرف ويتصرفان ببرود وعدم المسئولية وغير حاضرين للكبت الإفعلى أو المشكل التي يواجهها طفلهم، يمكن أن يلعب دوراً في تطوير الاضطراب والحالة يمثل هذا الجو القاتم ظن يكون هناك مفاجأة أن يقوم المريض المعالج للنفس فيما لو كشفت فيه بعض الصفات السيئة الموجودة في الأبوين، وسوف يؤدي ذلك إلى ريادة الصعوبات الداخلية للمريض وإلى ضيق موضوعي.

كما يهدف معظم المعالجين النفسيين لا إلى أن يشيروا تصرفاً خاصاً أو عصباً معيناً ولكن ليؤثروا في قرارات الصراع النفسي الداخلي للمريض، أي مساعدة المريض على تغيير كل نظام حياته ونظراته إلى نفسه وإلى الناس هذا الهدف يجعل من الصعب تقدير فعالية العلاج، أنه من الأسهل أن نقيس مثلاً، مدى تحسن الشخص من هبة التحدث أمام المصاهدين، أكثر من قياس مدى التغير في نظام حياته جزء آخر، من الصعوبة في تقديم فاعلية العلاج التقليدي هي أننا ليس لدينا طرق لقياس مدى ما نجر من أهداف العلاج بطريقة فعالة وكافية.

٥- علاج الأسرة. Family Therapy

التطور الهام الذي حدث في العشرين سنة الأخيرة للعلاج، وكان في مجال علاج الأسرة كمجموعة؛ إذا كانت الأسرة مهمة كم تصور في خلق وتطور السلوك العصبي، فمن المنطق أن نشملها مباشرة في العملية العلاجية وقد استغرق كثير من المعالجين وقتاً طويلاً للوصول إلى هذا التفسير وأحد بجدية وقد كلل لصحاب نظرية التحليل

النفسى التقليدي على رأس المقومين لهذا النوع من العلاج، ويعلمون ذلك بأن رؤية فرد واحد من الأسرة في وقت واحد لن يسمح لهم بالبقاء على الحياء، أو عدم التحيز في وجه أعضاء الأسرة المتنافسين، فقد تأتي الأسرة للعلاج ومعها حالة من التوتر الإنفعالي، وهذا قد يجد المعالج نفسه أمام عصف يقوم بدور الجلائد وآخر بدور الصحية وثالث مسالم، قد يجد نفسه أمام سلسلة من الدفع والهجوم، واللوم، والإنكار، والتبرير، الإسقاط مما يؤدي إلى توتر واضطراب أكثر وربما تصحيم أكثر من الالتزام للمشكلة لحقوتية ويعترف معالج الأسرة أيضاً بهذا الخطر ولكنهم يشعرون أن المخاطر والمسئوليات تتساوى للمصابين والنتائج التي سيحصلون عليها إن لم تكن أقل.

وربما يختلف المعالجين المؤمنين بهذا الأسلوب العلاجي في تقنياتهم ووسائلهم العلاجية ولكنهم جميعاً يؤمنون على استعمال التفاعل المستمر بين أفراد الأسرة أثناء الجلسة العلاجية كمنهج لمعرفة داخلية وشاملة للعلاقة بين أفراد الأسرة مثل: من يفعل هذا ولمس ؟ ومن يجلس بجوار من ؟ ومن يظل متجهماً ومن يتنسم إذا اقترب من ؟ وهذا فهناك الكثير من الأسرار يستطيع المعالج أن يصل إليها من خلال التفاعل الأسري وما يتركه على الفرد وبالتالي تكون فرصته كبيرة لصياغة تفاعلات جديدة وملزمة بين أفراد الأسرة.

وعلى الرغم من أن فرداً واحداً من الأسرة معروف أصلاً بأنه في حاجة إلى العلاج إلا أن هناك أسباب تجعل أن لم يكن كل أفراد الأسرة يتقابلون في سيرة علاجية وهذه الأسباب هي:

١- أن ملامح هامة للتفاعل بين أبناء الأسرة والمرتبطة بالأمراض النفسية، تبدو واضحة أمام المعالج وأمام الأسرة أسرع بكثير مما لو اعتمد المعالج على التقرير الضمني غير المباشر للمريض، كما في العلاج الفردي.

- ٢- ربما يقول أفراد الأسرة الآخرين غير المشتركين مباشرة في دورة العلاج للمجهودات الأولية المبذولة مع المريض ليتصرف تصرفاً مختلفاً، ومن هنا فإنه عندما تنقل الأمر بالكامل فإن محاولات المقاومة هذه يمكن التعامل معها كجزء من العلاج، وتؤكد هذه النقطة الفكرة العامة أن الممرض النفسي يستقر في نظام الأسرة الكبير وليس في شخص منفرد، وتبعاً لذلك، فإن الذي يجب تغييره هو نظام التفاعل الكبير بين أفراد الأسرة.
- ٣- ربما يحدث العلاج البديلي Vicarious therapy عندما يراقب المريض آخرين يعبرون عن مواقف ومشاعر هامة ويعبروا الاستجابة بصيغ جديدة فإنه تبعاً لذلك يميل للتجبر عن ردود فعله مباشرة وبالتالي يجرب صيغ جديدة للاستجابة.
- ٤- يجعل التفاعل السريع في الجلسة العلاجية من الصعب تقاضي المشاكل الجارية بالانغماس في مناقشات عقلية وذهنية عن الأحداث الماضية وتطويل الأحلام وخلافه.

العلاج بالتواجه: Encounter Therapy

لقد سيطر عديد من المعالجين النفسيين أمثال كمبر Kempner ، بيرلز Perls وروجرز Rogers على التفاعل السريع بين المعالج والمريض (أو بين الأسرة أو أفراد المجموعة) وأظهروا في التأكيد على البناء التاريخي لأصول الاضطراب ومدى فعاليته وتعتبر شخصية المعالج الذاتية والانفعالية عنصراً هاماً في زيادة الكبت الإنفعالي لهذه الموجهات (بين المريض والمعالج) فالتقاش التحلي عن سبب تصرف شخصي بطريقة معينة أو عن الأحداث الماضية في حياته، تعتبر استراتيجيات لتقادي الاتصال الودي والعاطفي الصالح بين المعالج ومريضة.

والهدف الهام لهذه الوسيلة العلاجية هو تشجيع وتعريض التعبير الصادق لردود الفعل الإيجابية أو التجريبية وبالتالي فالترتيب والحداد من أي نوع سوف يهاجم بشده ثم يوقف .

ح - العلاج السلوكي للاضطرابات النفسية:

يسعى أصحاب العلاج السلوكي إلى استخدام مبادئ وقوانين السلوك والتعلم، في محاولة لحل المشكلات السلوكية، وذلك بالتحكم والصبط والتعديل في السلوك المرضي المتمثل في الأعراض. أي أنهم ينظرون إلى المرض النفسي بأنه هو العرض وهو عبارة عن عادات سلوكية خاطئة متعلمة ومكتسبة، وبالتالي لا يهتمون بالخلفية الموجودة في المرض كما في العلاج النفسي التحليلي، وعليه فإن علاج السلوك أو تعديل السلوك عبارة عن مترادفتان سوف يستخدمان باستمرار لتشير إلى توجيه عام أكثر مما تشير إلى نظريات أو تقنيات معينة وهذا التوجيه يشمل الآتي:

١ - يجب أن تعين وتحدد بوضوح الخصائص النفسية أو السلوكية المطلوب تغييرها.

٢ - البحث عن الظروف الخارجية للبيئة والتي تحكم في السلوك المضطرب والتأكد من، برنامج التعديل يمثل محاولة مباشرة لتغيير المثبرات المميزة، والأحداث المعززة والتي يبدو أنها تبقى الصفة غير المرغوبة (السلوك المضطرب).

٣ - لا تعتبر العلاقة بين المعالج والمريض صفة مركزية رئيسية في وسيلة العلاج وتتكون فنون وتقنيات تعديل السلوك كما يلي:

أ - الإشراف التقليدي (الكلاسيكي).

ب - التعليم الإجرائي.

ج - المعارف الوسيطة (التكويدات الوسيطة).

د - التعليم بالملاحظة (المراقبة).

هـ - الجمع بين هذه الوسائل كلها أو بعضها.

أولاً نموذج الإشراف الكلاسيكي:

The classical Conditioning Model

توجد ثلاثة برامج للمعالجة المبنية على أساس نموذج الإشراف

الكلاسيكي وهي:

١ - الإشراف المضاد أو التحصين التدريجي.

٢ - الإشراف المبفر.

٣ - الإحلال (الانطفاء).

(١) الإشراف المضاد أو التحصين التدريجي:

Counter -Conditioning or Desensitization

يشير الإشراف المضاد أو التحصين التدريجي (بإزالة الحساسية) إلى وسيلة أو طريقة لإحلال رد فعل إيجابي محل آخر كاستجابة مشروطة على أساس مستوى وظائف الأعضاء العصبية ويعتقد بأن الاستجابتين الانفعاليتين متصلتين، وأن للاستجابة الأقوى تسيل لضع (كف) الاستجابة الأضعف. وهكذا، لو أن مثيراً مشروطاً حدث وأنه يعمل لإظهار بـاستجابة مشروطة سابقة مثل الخوف، وهي نفس الوقت وضع الفرد في موقف ليحصل من خلاله على استجابة الانفعالية أقوى بالاشتراك مع استرجاع عميق أو كل أو بعض ردود الفعل السارة (المتعة الجنسية) في الاستجابة التالية والتي هي أقوى ستمنع استجابة الخوف وتكرر هذا البرنامج عبر سلسلة مناسبة ومتدرجة لمحاول المريض والمعدة فإن استجابة الخوف لهذا المثير المشروط يمكن تستبدل بالكامل

وقد استطاع وولب Wolpe أن يطور برنامج منظم لدرجة كبيرة، مؤسس على مبادئ الإشراف المصاد واستخدم بكثرة لعلاج ردود فعل الخوف والقلق. وكانت فكرته تتمحور في أن يصنع المثيرات التي تسبب الخوف هي سلسلة متدرجة من المثيرات تدعى البناء الهرمي للقلق Anxiety Hierarchy أو للقلق التصاعدي، والتي تمثل في أحد طرفيها موضوع الخوف نفسه وفي طرفها الثاني مثيرات لسيبه تثير قليلاً أو لا تثير للقلق.

فمثلاً، شخص لديه ردود فعل شديدة للقلق أثناء تادية الامتحانات ينشئ هرم للقلق كما يلي.

- ١- التفكير بتأدية امتحانات في البيت أثناء عطلة الصيف
- ٢- الجلوس في غرفه الفصل (مكان الامتحان) في يوم ليس فيه امتحان.
- ٣- الدراسة والتحضير للامتحان قبل ثلاث ليال.
- ٤- الدراسة والتحضير للامتحان قبل ليلة واحدة.
- ٥- الجلوس في مكان الامتحان والبدء في تأديته.

وكل بناء هرمي للقلق يصمم ليواجه احتياجات شخص معين. اعتماداً على تقدير الشخص للخصائص المنشئة للقلق، وذلك في مقابله علاجية مع الممارس يستطيع بعدها أن يقيم الهرم الذي يناسبه. وتبعاً لبناء هرم القلق، يتم تعليم (تدريب) الشخص على صنع استجابات عاطفية مضادة، وهذه عادة تشمل تدريبه، كتمية تحقيق استرخاء عضلي عميق وأيضاً يلي تفسير موجر لبرنامج جاكسون Jackson :

- يتعلم الشخص كيف يميز بين العلاقات المشتركة مع توتر العضلات والاسترخاء بالي يركز ويوافق على مجموعة عضلية معينة بينما تثبت ثم تسترخي. ثم يتمرن على الاسترخاء لمعظم المجموعات

العصالية الهامة (الجبهة - الفم - الرقبة - الأذرع - المعدة .. الخ) وتكرس من أربع إلى ست جلسات لبهاء هرم القلق والتعريس على الاسترخاء . ويبدأ بعدها ببرنامج إزالة العصالية (الإشراف المصاد) المنظم .

- يكون المريض في حالة استرخاء عضلي عميق، ويطلب منه أن يتخيل أقل العلامات إثارة للقلق (بداية هرم القلق) على أن يشير بأصبعه عندما يبدأ الإحساس بالقلق. وإذا استطاع أن يتحول العلامة الأولى لمدة خمس ثواني بدون أن يشير بحدوث القلق ساعتها يطلب العلاج منه أن يتوقف عن التخيل لفترة بسيطة ويستعد الاسترخاء
- ثم يطلب منه أن يتخيل العلامة الأولى ثانية ويتم التكرار لعدة مرات بدون حدوث القلق فالمعالج يتقدم نحو العلاقة الثانية من الهرم. وعندما يسير المريض إلى حدوث القلق، فالمعالج يوقف في الحال رؤية المنير، ويستعد المريض استرخاء ويمود للعلامة ثانية، ثم يتابع البرنامج حتى يستطيع الشخص أن يتخيل ويرى مثل الخواف تكرر بدون حدوث القلق.

فعالية إزالة العصالية (التحصين التدريجي) :

Effectiveness of Desensitization

توجد العديد من التقارير الإكلينيكية تزيد فعالية التحصين التدريجي فقد أفاد وولب Wolpe أنه خلال تسع مدقات من التعريس الحاص على ٢١٠ مريضاً من الموصى العصبيين، حيث كان العلاج الرئيسي هو التحصين التدريجي أن ٩٠% منهم شعوا تماماً أو تحسّنوا كثيراً، بمعدل ٣٠ جلسة علاجية. وأفاد لازارولس Lazarus أيضاً أن ١٨ طفلاً من لديهم الخواف شعوا كلهم بمعدل ٩,٥ جلسة علاجية على أساس وسيلة باستخدام التحصين التدريجي.

ولا تشير الدراسات الإكلينيكية المشار إليها، بشكل جوهري وعام إلى فعالية البرنامج ولحسن الحظ توجد ثلاثة معايير تحكم صفات البحث الجيد وبالتالي البرنامج الجيد المشار إليها سابقاً وبالتالي فهذه الدراسات قليلة التزمت بهذا المنهج تقويم فعالية التحصين التدريجي مثل ما يلي.

فقد وجد لانج وآخرون Lang et al أن مجموعة التحصين التدريجي أكثر فعالية من المجموعة الصاعدة بدون علاج، في تخفيض الحوف غير المنطقي من التعلبين العامة. شملوا في دراستهم أيضاً حالة العلاج الكلاب، أو الوهمي والتي تشمل دورات تدريب متشابهة في التلويح المنطقي، والاسترخاء، والصدقة بين المعالج والمريض، وتطور البناء الهرمي في رؤية التعلبين ولم تكن تصاعدي للبناء الهرمي بأي حال متزاوجة مع الاسترخاء. وهذه الحالة تعتبر وسط بين التحصين التدريجي، والمجموعات الصاعدة بدون علاج.

وأوضح بول Paul تجربياً فعالية لائحة الصاعدة (التحصين التدريجي)، في تخفيض الحوف من التحدث أمام الناس، بين طلبة كلية جامعية. واحتار الباحث من كان لديهم خوفاً شديداً، حيث تم أخذ القياسات قبل وبعد العلاج فجعل الطلاب يتعمشون فعلاً مثل: تقويم سلوكي - تقرير ذاتي - قياسات فسيولوجية (ضربات القلب وعرق كعب اليد) وتم اختيار الأفراد المعالجين اختياراً عموماً وصنفوا في المجموعات التالية:

- ١- لائحة الصاعدة للمنظمة.
- ٢- العلاج النفسي الموجة بالامتصاص
- ٣- العلاج الوهمي (الحبوب الوهمية المنبهة)
- ٤- بدون علاج.

وقد مر الأفراد المعالجين جميعهم بتجارب كثيرة في العلاج النفسي بالاستبصار والعلاج التقليدي، وليس لديهم تجارب سابقة مع التحصين التكرجي، وقد تعرضوا لثلاثة موضوعات منفصلة في كل نوع انواع العلاج الثلاثة، فترة خمس ساعات كاملة اسبوعيا ولمدة ستة أسابيع، وكأنت الوسائل المتبعة في العلاج مع أفراد المجموعات كما يلي:

١- في حالة العلاج النفسي بالاستبصار، كل المعالج يحاول تخفيض القلق بمساعدة العميل بتبصره بمشاكله الاجتماعية الجارية أو الكشف عن سرعات المريض وتوجيهه نحو السلوك الموجب، لتحسن رؤيته إلى نفسه ويزداد استبصاره.

٢- في حالة الدواء الوهمي، يقدم المعالج الاهتمام والدفء بالإضافة إلى محب وحمية، بينما المريض يقوم ببعض الواجبات، والتي كانت عبارة عن برنامج فعال في تخفيف الخوف الذي يمكن أن يسم على الكلام العلم (ألم الناس).

٣- المجموعة الضبطية تركت بدون علاج.

وقد وجد أن برنامج العلاج بالتحصين التكرجي أنه أكثر فعالية بكل القياسات من الثلاث أنواع العلاجية الأخرى. كما تبين أن العلاج النفسي الموجة بالاستبصار، والحبوب الوهمية كانت أكثر فعالية على الترتيب من مجموعة بدون علاج. وقد تم بناء فهرس شامل من التحصيلات على أساس قياسات العلاج النفسي السلوكي، والقرارات الذاتية، وقد أعطيت النسب المئوية الآتية لأشخاص اظهروا تحسنا من خلال البرنامج التي طبقت عليهم.

١- التحصين التكرجي (إزالة الصلابة) ١٠٠%.

٢- العلاج النفسي الموجه بالاستبصار ٤٧%.

٢- الدواء الوهمي المنبه (للعلاج الوهمي) ٤٧%.

٤- بدون علاج ١٧%.

وكانت هناك متابعة لمدة سنتين وستة أسابيع لاحظ خلالها بول Paul أن هذه التغيرات استمرت، ولم يكن هناك إشارة إلى أي فرد قد طور أعراض جديدة هي نهاية العلاج أو المتابعة. وتعتبر هذه الدراسة استثنائية ومنعقدة جيداً ويبدو الاستنتاج لا مفر منه، أن التحصين التدرجي هو العلاج الأفضل. ولها تدعو لاهتمام حيث أن هيها العلاج النفسي بالاستبصار لا يعطي نتيجة أفضل من العلاج الوهمي المنبه البسيط. وإن كلاهما كان فعالاً لدرجة غير بسيطة ٤٧% تحسباً.

أمراض إيدالية في التحصين التدرجي:

عند استخدام الإشراف المصدا والعلاجات السلوكية الأخرى من قبل المعالجين، فقد أكد أصحاب العلاج النفسي التحليلي أن إزالة الأعراض بهذه الطريقة يثير علاجاً سطحياً جداً ذلك أنهم يعتقدون حسب نظرياتهم أن الصراعات المحققة وراء الأعراض أي المسبب لها لم تعالج، ولم يتعامل معها وبالتالي فإن أعراض أخرى سوف تستبدل العرض المزال حالاً وتحل محله

ولكن في الحقيقة تبين عكس ذلك، فعند استخدام العلاج بالتحصين التدرجي بطريقة صحيحة مع المثيرات التي تمسب الخوف، ولم يحدث استبدال للعرض. فقد حصل لأنغ وزملاؤه وبول على قياسات للخوف في أوضاع غير تلك التي أزيلت بواسطة التحصين التدرجي. ولم يجدوا أي إشارة على زيادة الخوف لمثيرات أخرى.

هذا وهناك العديد من النماذج العربية، التي عولجت بواسطة التحصين التدرجي، والتي لم يجد الباحثون فيها شيئاً عن علامات لاستبدال العرض. -

٢- الإشرط المنفر Aversion Conditioning

في الإشرط المنفر تجد أن رد الفعل المنفر مشروط بمثير يظهر السلوك غير المرغوب فيه أو خصائصه نفسها، مثلاً، استجابة القئ يمكن أن تكون مصحوبة برؤية أو شم الكحول للشخص المدمس. وسوف يتعلم الشخص نظرياً كيف يتجنب المثير أو السلوك غير المرغوب من أجل أن يتجنب رد الفعل المشروط. وهذا البرنامج العلاجي يمثل نموذج لبرنامج العقاب، حيث يعتقد أن التأثير السالب المشروط يعطي الدافع لاداء استجابات التجنب في غولب عقوبات خارجية لفرد.

والمثيرات غير المشروطة التي استعملت لإحداث ردود فعل منفردة قوية هي الصدمة الكهربائية المؤلمة، القئ بالعقاقير مثل المورفين وتطبيقات التفكير في أشياء تسبب الصيق والكرب، والسلوك الذي يعالج بهذه الوسقل هو السلوك الذي يريد فيه المريض أن يتغير، ولكن لا يستطيع، وهي التصرفات التي لها صفة الإيجار فالاستعمال الناجح لعلاج الحالات المزمنة والمجموعات الصغيرة (عدا مجموعات الصبغ) تقرررت العلاج لعلاج السلوك الجنسي والإجباري ولعلاج إدمان الكحول. وتشير محاضرات التعلم الحيواني إلى أنه تحت حالات معينة العقاب يمكن أن يؤدي إلى تأثير متناقص لتقوية الاستجابة التي عوقبت ويمكن استنتاج دلالة واحدة ذات معنى من محاضرات الحيوان وهي أن للعقاب أكثر تأثيراً في إيقاف الاستجابة التي دامت بالتغير المرجح أكثر من إيقاف الاستجابة التي دامت يتجنب مثير منفرد.

وقبما يتعلق باضطرابات الإنسان، وتلك الأعراض مثل الانحراف الجنسي، والكل الرائد عن الحاجة، غالباً ما تدوم بواسطة معرر موجب مباشر، وبالتالي فيجب أن تعالج أكثر الإشرط المنفر، أكثر من الأعراض التي تدوم على أساس تعلم الأحكام (التجنب)

وسوف يشمل النوع الأخير التجنب العضوي كما في الخوف، وسلوك معين قهري أو سواس، واستجابات تجنبية أخرى.

ويفصل عدد كبير من المعالجين استخدام برامج العلاج بالاشتراط المنفر، فقط كمنهج أحير للوسفل العلاجية الأخرى الأقل إزعاجا، وقد أفاد لازاروس ١٩٦٥ بدراسة الحالة الأتية مستخدما الإشرط المنفر لعلاج الملوك العصبي:

(.. الحالة فتاة، عمرها ١٩ سنة لديها دافع قهري شديد لفصل يديها كلما لمست نفسها. بدأ هذا الملوك عندما كانت في الخامسة عشرة، حيث مارست الجنس مع ابن عمها، نتج عن ذلك مقدار كبير من الذنب والاضطراب الاتعالي، مكونا خبرة أليمة لدى الفتاة، في لبداية استخدام لازاروس التخصيص التكريجي بمعدل ٣٠ جلسة علاجية حيث نجح في علاج قلقها عن الجنس بالاشتراط المصاد، ولكن غسل يديها القهري بقي، استخدام معها العلاج بالاشتراط المنفر، حيث أمرت أن تلمس نفسها ثم تصدم (تطلى صدمة كهربية) إذا بدأت تغسل يديها، وبعد عدة أشهر تحلصت تماما من الأعراض، ولم تطور أية أعراض أخرى.

٢. الإخماد (الانطفاء) Extinction:

هي عبارة تستخدم لتصف وضعا يكون فيه ظهور المثير المشروط لم يعد معززا، وبالتالي فإن عدم تعزيز الاستجابة يؤدي إلى حدوث الانطفاء فقد طور (ستامפל وليفس) Stampfl & Levis وسيلة تقنية تدعى العلاج بالتجاوز أو بالريادة Implosive Therapy والذي يشمل الريادة أو التجاوز للمثير الذي يظهر التأثير السلبي فمثلا الشخص الذي لديه خوف من العنكبوت، يمكن أن يطلب منه بتصوير نفسه قد وقع في عش ملئ بالعناكب ويوصف له لباس العناكب وكسوتها بطريقة مرعبة. كذلك العناكب يمكن أن تزحف وتدخل في ملابسه، وهو يشعر بهم يرحفون على وجهه ويعصوبه، ويمكن أن يقع

في تسريح عنكبوت ضخم. وقد طور بعض معالجي التجاوز مهاراتهم في خلق رعب حقيقي يجعل أفلام الرعب في هوليود تبدو البؤسة بالمقارنة ويجب أن ينتهي العلاج عندما تتوقف التأثيرات السالبة.

وبظرياً، يمكن أن ترى الوسيلة محاولة لإحصاء تأثير سالب لسلسلة واسعة من المثبرات وبالدات التغييرات الحديدة للوهم للمعتن. والوسيلة تعتبر وسيلة إخماد من بلحية أن ليس هناك معززات حوسبة ولن يحدث إذا ومن ناحية أخرى فتفاصيل البرنامج (الوسيلة العلاجية) ليست معقدة بوضوح، كما فعل وولب في التحسين التدريجي، مع العلم بأن المهارة النفسية والإلكترونية لا بأس بها وقد استخدم في إنتاج الوهم المعتن.

وقد قرر برنت Barrett العلاج بالتجاوز مع العلاج بالتحسين التدريجي في تحقيق الخوف الشديد من التعاليم مباشرة بعد انتهاء العلاج وبعد ستة أشهر من المتابعة وجد أن الوصيلتين متساويتين في التأثير بالمقارنة مع مجموعة ضابطة (بدون علاج) واستخدمت أيضاً التقارير الذاتية في الاختبارات الملوكية في الدراسة

ومما يدعو لاهتمام أن نفس درجة التأثير التي حصلت مع برنامج التجاوز تمت في ٤٥% فقط من الوقت المستغرق في التحسين التدريجي (الذي أعطى نفس التأثير) فقد استغرق للعلاج بالتحسين التدريجي ٩,١ ساعة (٣,٣ ساعة في التدريب + ٥,٨ ساعة في العلاج) بينما استغرق للعلاج بالتجاوز ٤,١ ساعة (١,٧ ساعة تدريب + ٢,٤ ساعة علاج).

وقد وجد ميليا ونواز Mealiea and Nawas أن التحسين التدريجي الفصل من العلاج بالتجاوز في تحقيق الخوف غير المعقول من التعاليم وفعالية العلاج بالتجاوز غير مؤكدة في هذا الوقت، حيث أن أكثر من المعالين يرى أن تقنيات إظهار القلق من هذا النوع يمكن

أن يؤدي على ريادة حساسية الشخص تجاه الخوف أكثر من تحفيز تلك الحساسية.

كثافاً- نموذج التعلم الإجرائي The Operant Learning

يحاول المعالج في هذه الوسيلة أن يعدل السلوك المنحرف مع مراعاة ما يلي.

١- إزالة المعززات التي يمكن أن تحفظ وتكبد للملوك المنحرف.

٢- استخدام عقوبات متتالية منفرة للسلوك المنحرف

٣- تعزيز سلوك جديد أكثر قبولاً.

ويحتر تحليل للمثير المميز والأحداث المعززة للمصاحبة له أساسية منذ البداية في تخطيط البرامج المستخدمة وهناك تقارير عديدة للاستخدام الناجح لوسيلة العلاج الإجرائي مع الأطفال العدوانيين والخارجين عن التحكم. وقد قدم آلن وهاريس Allen and Harris مثالا ممتازا للعلاج الإجرائي في محيط الأسرة. وفيما يلي هذا المثال:

(.. ديانا فتاة صغرى خمس سنوات، ظلت لمدة سنة تحك نفسها - حتى تنرف مما نتج عنه اتهامات كبيرة وجرب في الوجه وذراع وساق واحدة. ولم تقل الاستشارة الطبية النفسية في إيقاف الحكة وكان الأب يصفعها أحيانا بشدة عندما تحك جدها، والأم كادت أيضا تنتقدها بشدة ولكن بدون فائدة. وصرحت الأم أنها بدأت تكره الطفلة بشدة وكانت تشتمن لمجرد رؤيتها لدرجة أنها شعرت بأنه من الأفضل لو وضعت في خارج البيت أي تعيش في مؤسسة.

وقد تم ملاحظة الأم والبنات قبل العلاج خلال ١٥ دقيقة لمعرفة التفاعل بينهما، وطلب من الأم أن تحتفظ بسجل لعلاقتها مع ديانا لمدة أسبوع ولوصفت النتائج أن الأم كادت تنكلم مع ديانا فقط لانتقادها ولتوبيخها أو لتعاصرها، وكان هذا حقيقة ليس فقط من أجل الحكة ولكن

من أجل تصرفات أخرى غير الحكة ومع أن ديقا لم تكن تحكه، فمثلا عندما ننمىج في لعبة ببقية) فوجد أن الأم لم تقبل أبدا هذا السلوك (بدون حكة) وقد طلب من الأم أن تتجاهل سلوك الحكة وذلك من أجل عدم تعزيره بواسطة الانتباه كذلك أعطاء ديقا الموافقة والاهتمام لأي تصرف تقوم به بدون حكة مثال، عندما تلعب مع ألعابها أو تنظر في كتاب. ولكن وجد أن الأم من الصعب عليها الاستجابة للطفلة بطريقة إيجابية، لذلك وضع برنامج من أجل تعزيز إصافى، وذلك بإعطاء ديقا نجمة ذهبية لكل ٣٠ دقيقة تقضيها بدون حكة وبين مجموعة النجوم كانت تكافئ أحيانا ببطيرة حكة أو مشروب معسل.

وبعد اسبوع من بداية برنامج العلاج، أخذت الأم بالانخفاض الحكة خلال النهار واستمراره بالليل. وروجع البرنامج ليشمل معزز قوى وحطه مشروط بعدم الحكة خلال الليل. واتصلت الشروط بلعبة ديقا وأدت المطلوب كمعزز قوى، وذلك بأن يتخذ قرار كل مساء يوم تقضية بدون حكة، وهو أن تذهب ديقا مع أمها إلى السوق لتشتري اللعبة والتي ستؤدى دور المعزز لليوم التالي، على أن توضع اللعبة على الرف بشكل واضح، فإذا لم هناك أي أثر لحكة جديد في الصباح تعطى ديقا اللعبة.

وفي نهاية الخمس أيام من البرنامج المعدل، أخذت الأم بأن ديقا لم تحكه أربعة أيام وأربعة ليالي. واستمر التحسن، حيث أن الالتفات بدأت تلتئم حتى نهاية الأسبوع الثالث للعلاج عندما أخبرت الأم تليفونيا أن البرنامج كله قد سقط وأنها، فقد عانت الطفلة للحكة بشدة خلال الليل، ومن جنون الأب وفي الصباح صفعها على وجهها، وكان كلا الأبوين على استعداد لهجر العلاج، كملاج عقم عديم النفع، وطلب من الأم أن تعطى تقرير 1 مفصلا عن اليوم السابق، وظهر من حلاله سبب عودة البيت إلى الحكة. فقد طلبت ديقا لعبة غالية الثمن وأصررت عليها،

وتصايفت الأم وأخبرتها أنها يجب أن تأخذ لعبة أخرى وتحبها. وديفا تحب للعبة وخسبت وتعير لونها، وفي هذه الأيلة عذبت للحك ثانية. وعرفت الأم الخطأ وأعيد البرنامج إلى سابقه، بعد أن كسبت ديفا للعبة المرعوبة وبعد ستة أسابيع كاملة من العلاج، شغيت كل الانتهاكات وقد تم تخصيص المعززات مثل النجوم الذهبية والألعاب تدريجيا حتى نهاية العلاج. ثم أوقفت العقوبات الشديدة غير المعقولة، كذلك الشجار بين الأم والاب على برنامج النظام والاضطراب. احتقت بعد أربعة أشهر لم يحدث انتكاس للحالة....).

وتوضح هذه الحالة استعمال المعززات للسلوك المنحرف، والمعمرات الإضافية للسلوك المليم في محيط الأسرة، وتشير أيضا إلى الخبرة العلمية في العلاج السلوكي أهميتها وذلك للتعديلات غير المتوقعة والتي تستطيع أن تتلف أو تضعف أي برنامج مستخدم ما لم يكن البرنامج محددا جيد الإعداد.

وتوضح دراسة باقر سون Patterson استخدام برنامج يبدو أنه يمثل الجمع بين التعلم الإجرائي وتقنيات التحسين التدرجي.

(... كارل طفل عمرة سبع سنوات، يعاني من خوف شديد من المدرسة وقد شمل العلاج أوضاع وأشكال الألعاب التي تمثل وتتوارى مع سلوكه الخوف المدرسي. وتدرجت الأوضاع كما في التحسين التدرجي من أدنى إلى أقصى شوء حالة القلق، وقدمت على هذا النظام وعندما كان كارل يصعب لعبته (اختير ولد في مثل سنه)، وكان يعمل أو يبطق بأفعال وكلمات تمثل خطوة في اتجاه الانفصال عن أمه ويتقدم في اتجاه العودة إلى المدرسة، وفي نفس الوقت كان يكافأ بقطعه من الحلوى بالإضافة إلى مديح شفوي. والحواف من كونه قد أودى أو هوجم من زملاءه في ملعب المدرسة عولت بنفس الطريقة وبعد ٢٢ جلسة

تستغرق كل منها ١٥ دقيقة كل كرل يحصر إلى المدرسة بشكل منتظم....).

يشمل التطبيق الإجرائي أشياء منفردة أو عقوبات، وبالتالي فلا يمكن الفصل بشكل كبير بوسه الإشراف المنفر، فالأخير يؤكد دور الاستجابة التقليدية للمشروطة للتأثير السالب، بينما في التعلم الإجرائي يعتقد بأنه ليس على إرفقة أو تغذى المثبر الخارجي. وقد تبين أن استعمال حادث نال مبرر متوسط التكرير، مع إبعاد بسيط عن المصدر المعتاد للمعرات أنه مؤثر فعال تماماً في تعديل السلوك العدواني المسيطرة في الأطفال المستقل.

ثالثاً: التكوينات الوسيطة (المعارف الوسيطة):

تعنى المعرفة الوسيطة أية طريقة تفكير تخطر على البال، ويمكن أن تؤثر في السلوك الفرد ويظهر تفسير الحوادث، والتوقعات عن أحداث المستقبل والخيالات وأحلام النهار، والرغبات المكونة كلها أمثلة على المعارف الوسيطة ويتأكد دور المعارف الوسيطة من خلال مفهوم الأبرار فالاستبصار في العلاج السلوكي عادة يشير إلى الهلع أو الجرع من أحداث متوقعة من بين مختلف أنواع الأحداث فمثلاً بين نوع معين لوضع خارجي، كمثال غضب شديد واستجابة القلق، أو بين غضب شديد وخضوع مهدئ (استسلام) الذي يخفف للقلق، ويمكن أن يكون الاستبصار بالنسبة إلى الأحداث المتوقعة بين لو هام دلخية والقي.

وفي العلاج التقليدي، يمكن أن يؤدي الاستبصار إلى تركه وروال الأعراض العضلية. ولو لم يكن هذا الكلام كله صحيحاً فهذه على الأقل بعض الحقيقة في هذا الكلام ومن ثم النظرية التي تدعاه. فمثلاً، شخص وجد نفسه تعثر في علاقته العسة، بالتأكد هذا يقوده إلى الإحساس بهم وكره كبير، ولكن لديه فرصة أكبر لتجنب مثل هذا السهم

لو استطاع أن يميز بدقة الخطوات الأولية التي أدت إلى هذه العثرات والمخبطات في علاقته (أي حدوث استبصار بالمشكلة) .

وهناك وسيلة مختلفة للعلاج باستخدام المعارف الوسيطة وهي المحاولة الواضحة لتغيير نوع معين من المعرفة (بمعرفة أخرى تسهم في العلاج) وسيلة تبقى ثبته مع توجيه العلاج الملوكي . وذلك إثبات بل للتفسير للمعرفي مثل : الإتكال (ويعني الإغفال والإهمال للموضوع وعدم التفكير فيه) والعقلانية يمكن أن تخفف من التأثيرات السالبة .

وكل التأكيد على الإعاقة المصاحبة باستعمال (زائد عن الحد) كثير لاستجابات الأحكام أو التجنب . مثلاً شخص يتجاهل ويعمل الإهانات والرفض الموجود فيمكن أن يؤدي هذا إلى تخفيض سريع وعال في التأثير السالب ولكن على المدى البعيد فإنه مبعالي من إعاقة نفسه . ونحن نهتم بكيف نستطيع التصورات المعرفية تخفيض التأثير للمالب بطريقة بناءة وعلاجية .

فقد استطاع الـ Ellis تطوير برنامج علاجي مبني بالكامل على أساس فكرة الشخص أو تصوره لتفسير الأحداث، التي هي أصل كل الاضطرابات العصابية مثلاً شخص منقاد من زوجته أو أبويه أو رئيسه، يمكن أن يستجيب بالفهم أو الكلبة أو القلق . وبما لما قرره ليس فإن رد الفعل الإنفعالي القوي يظهر وسيطاً بالأفكار (كيف كان النقد لأدعاء، كيف هو لم يستطيع أن يفعل شيئاً صحيحاً) وقد طلب ليس من المريض أن يتوقف عن هذه الأفكار، ويتمرن على حفظ معارف بديلة مثل (إنه لسوء الحظ أن انتقنني فلان ولكن لا تسأوى أن اقلق نفسي بمسببه)، (إذا فعلت أنا خطأ يمكن أن يصحح)، (فلان كان متسرعاً في اتبقيادي وهذه مشكلته وأخلاقه لا بأس، ولكن لما أن أترك ذلك يرعيني) .

وقد أكد بيك أيضاً على أهمية تغيير المعارف في علاج الاكتئاب، ويفسر مرضى الاكتئاب عموماً التجارب والأحداث بطرق

ووسائل تضخم ردود فعلهم الإنفعالي للحرر والانتواء الإكتفاي. وقد وصع بيك عدة أمثلة مثل: فتدل صغور يمكن أن يرى على أنه كبير لا يتحمل، كما كان الحال لأمر مشكلة لأنها لم تجد قلم في محفظتها وفكرت في بعضها (أنا لن استطيع أبدا أن أجده) (تضخم للمشكلة) أو حسائر طافية قد تنصر على أنها حرمان كبير مثال: رجل غبي حزن على فقد ١٥ سنت ليركب بهم قطار تحت الأرض. وردود فعل أناس آخرور قد تستجيب مع الأفكار، مثل: هو يستقني - هو يعتقد أني أغير - هو يظن أني طفل - هو يظن أني غبي. فالتوقعات عن المستقبل عادة متشائمة لدى الأفراد، ولو أن شخصا تعهد أن يتم واجبا، فإنه يتوقع الفضل، لو حصل اعتاد أن يكون سار فهو يتوقع أن يكون غير سار وغير مفرح.

رابعاً: التعليم بالملاحظة Observational Learning

بنيت قدرة التعلم بالمحاكاة على أساس مراقبة نماذج تكون قد توثقت جيداً وأثبتت فعاليتها وقدرتها، والتي يمكن أن تكون عامل قوي للتغيير المطلوب بالعلاج. محتمل أن هذا العامل موجود لدرجة ما في معظم أنواع العلاج النفسي التقليدي والذي ما يقوم فيه للعلاج كثيراً بدور النموذج المصنوع المصغرة للضعيفة. ولم يقصد معالج السلوك استعمال برنامج التعليم بالملاحظة كفن وحيد في علاج حالات منفصلة، ولكن كان هناك عدة دراسات تجريبية مقننه جيداً، تبين من خلالها فعالية هذا العامل.

فقد قام بالندورا وزملاؤه Bandura et al., بتقدير سلوكي لحواف الأطفال من الكلاب قبل وبعد ثمان جلسات تستغرق كل منها عشر دقائق، حيث لاحظ الأطفال نموذج (بدون خوف) (لب يلعب مع كلب، وكلب هناك مجموعتين ضابعتين (بدون نماذج). وفي للجلسات العلاجية النموذج (الدب)، يتقدم أولاً بالترتيب الحفيف على الكلب

المعجور في قفص، ويستمر خطوة خطوة إلى أن يدخل في القفص (حجرة الكلب)، ثم يحتضن الكلب تدريجياً ويطعمه، ووصلت المجموعة المعالجة بالنموذج إلى نتيجة وهي الاقتراب من الكلاب بدون خوف يذكر أكثر من المجموعة الضابطة، واستمر هذا التأثير لمدة شهر من خلال المتابعة.

في دراسة ثانية استخدم بان دوراً ومفلوف Bandura and Menlove عرض النماذج خلال فيلم، حيث كُتلت النماذج تقترب من الكلاب بدون خوف وحصلت على نفس النتيجة.

وقد أُنجز بان دوراً وزملاؤه دراسة تمت فيها مقارنة برامج النماذج مع التعصين التدريجي. وتم اختيار المرضى عن طريق (إعلان الصحف، بتقديم المساعدة لمن لديه خوف شديد من الثعابين. والأشخاص الذين تم اختيارهم للدراسة، يمثلون الناس لديهم خوف حقيقي أثر في حياتهم اليومية. وكان هناك مثلاً: أناس غير قادرين على السفر مشياً أو الإقامة في معسكر، مثل الأفراد الذين يتوقعون أن يخدموا في الهيئات الدبلوماسية أو مهمات حفظ السلام في البلاد الأجنبية.

ولاختبار الأفراد حقولاً ووزعوا على أربع مجموعات كالتالي.

(أ) مجموعات التعصين التدريجي (إزالة القسائية).

(ب) مجموعة عرض فيلم بالنماذج (لأطفال وبالغين يلمسون مع الثعابين) بالإضافة إلى تعليمات بالامتثال.

(ج) ملاحظة نماذج حية في مرآة ذات وجه واحد، تلعب مع الثعابين وتبعا لذلك فالأفراد في هذه الحالة ينظرون الغرفة مع النماذج، موجهة في خطوات تدريجية يلمسون ثم يمسكون الثعابين.

(د) مجموعة ضابطة لم تعالج.

وقد حضر كل من مجموعات الدراسة عشر جلسات علاجية وطبقت عليهم بعض الاختبارات السلوكية قبل وبعد العلاج. ولوصفت نتائج هذه الدراسة أن العلاج الحية للبرامج الملاحظة والمشاركة الموجهة كانت أكثر فعالية من قولم النماذج ولتحسين التدريجي. مع العلم بأنهما (المعلم + التحسين التدريجي) كانا أكثر فعالية من المجموعة للسلطة بدون علاج، بالإضافة إلى عدم وجود فرق بينها. تبعاً لذلك فالأفراد في كل المجموعات الذين حققوا أي إنجاز بالنسبة لقياس السلوك بعد التجربة، أعطوا جلسة واحدة في النماذج الحية مع برنامج المشاركة، وبعد شهر من متابعة هؤلاء الأفراد أظهروا انخفاضاً كاملاً للخوف من الثعابين. وتزودنا هذه الدراسات المنفذة والمصممة بدقة بثبات قوى على قدرة وفعالية برامج ملاحظة النماذج في تغيير السلوك العصبي. ويبدو أن البرامج بالنماذج قد أثرت في لطفاء استجابة تجنبية، ويمتد بأنها مصحوبة ببعض الانخفاض في الخوف، والذي كان الدافع له استجابة التجنب. وعلى المستوى النظري فإن فعالية برامج وملاحظة النماذج مع المحتمل أنها تشمل تعلم تمثيل المعارف للسلوك المرغوب (استدراك معرفي للسلوك)، والتي يمكن أن تستخدم كبرنامج (أعطها بنفسك) للتخلص من العصبية.

خاتمة البرامج التي تشمل الجمع بين عدة عوامل (وسائل علاج):

يمكن أن ترى البرامج مثل لعب دور، واستظهار سلوك على أنها تشمل للجمع بين كل أو بعض وسائل تغيير السلوك المشار إليه سابقاً. فقد طور (كيلي ١٩٥٥) أسلوباً جديداً يسمى علاج الدور الثابت أو تثبيت الدور Role Therapy، حيث يقوم فيه المعالج برسم شخصية جديدة للمريض، ويسمى في محاولة لتثبيتها من خلال دور تمثيلي يؤديه المريض للعلاج من العصب. وتتم مساعدة المريض على استظهار

الشخصية الجديدة، ويطلب منه بعد ذلك تجربتها في الحياة الواقعية ومن خلال المتابعة يتم تثبيت هذه الشخصية لتستمر معه.

وقد استعمل كل من وولف ولزاروس Wolpe and Lazarus فنون استظهار مشابهاة في مساعدة الأفراد عديمي الإرادة (المعوقين) Inhibited Submissive على التصرف بشكل أكثر ثباتاً لو بدقة أكبر.

وفي أحد الحالات لعب المعالج دور مدير مكتب توظيف والمريض تظاهر على أنه قادم لمقابلاته وبدأ البرنامج استجابة لنداء المعالج. انحل، المريض يتردد في البداية، ثم يصل إلى المقعد، المعالج قطع البرنامج، ليوضح للمريض كيف يبدو منخفض البصر، ومشيته غير معتدلة، وجلسته غير مقبولة. وعندما طلب من المريض أن يلعب دور مدير المكتب بينما يلعب المعالج دور المريض الباحث عن وظيفة، وقد مثل المعالج بطريقة ثابتة وواثقة، وبالتأكيد فإن العمل والطريقة التي أجادها المعالج، حاول المريض تقليدها والسير على خطاها أي أننا نرى أن هناك تمثيل لدور، ومحاكاة، واستظهار لسلوك جديد. وكان المريض بالمتابعة قادراً بنجاح على أن يقابل مديري المكاتب في الحياة الحقيقية، وبعد خمس سنوات كان قد استفاد من تعلمه مهياً.

وفي دراسة أخرى مصممه جيداً قارن كل من ماكفول ومارستون Mcfall and Marston بين برنامجين أساسيين في استظهار السلوك، أحدهما مجموعة حصلت على تغذية مرتدة والأخرى بدون تغذية مرتدة مع مجموعة علاج بالاستبصار، وأخرى صابئة، وقد أعطيت أربع جلسات للمجموعات. وفي مجموعه استظهار السلوك (بدون تغذية) استمع الأفراد إلى أوضاع مسجلة تحتاج إلى استجابة ثابتة وجريئة، وطلب منهم بعدها أن يستجيبوا بطريقة ثابتة وجريئة. وفي حالة أفراد التغذية المرتدة، سمع لهم بالاستماع إلى تسجيل لاستجاباتهم حيث قام كل منهم بتقييم استجابته بما في ذلك تصريح كيف يمكن أن يتحسنوا في

المحاولات المتتفةعة. وقد ررد الأفراد ببطوط عريضة للمعيار
المستخدم في مثل هذه الامتجالت، مثلاً: هل كقت استجلتني مباشرة
للموضوع ؟ كيف كانت نغمه صوتي وانعكاسها ؟، الخ. وقد بينت
مقاييس الشخصية والسلوك أن البرنامج لا يظهر السلوك، أعطيا
تحسناً أكبر في الإتجاز الثابت الجري أكثر من العلاج بالاستبصار
وأكثر من المجموعة المبنطة (بدون علاج).

الفصل السادس
المرض العقلي
تاريخه وتطور مفهومه

الفصل السادس

المرض العقلي: تكييفه وتطور مفهومه

المرض العقلي أو الذهان اضطراب خطير في الشخصية بأسرها يبدو في صورة اختلال شديد في القوى العقلية وإدراك الواقع، مع اضطراب بارز في الحياة الانفعالية وعجز شديد عن ضبط النفس مما يحول دون المرد وتكبير شؤبه ويصعبه من التوافق في كل صورة: الإجتماعي والعائلي والمهني والديني. . لذا يتعين عزل المريض ورعايته في معازل خاصة.

والأمراض العقلية إما عضوية وهي ما كان لها أساس عضوي معروف وراثي أو غير وراثي، كتلف المسج العصبي من الزهري أو المحدرات أو تصلب شرايين المخ، أو كاضطراب هرموني أو اختلال شديد في عملية الأيض. ومنها جنون الشيخوخة وجنون المخدرات والضل الجفوني العام.

أما الذهان الوظيفي أو النفسي المنشأ فهو الذهان الذي لا يعرف له حتى اليوم أساس عضوي معروف أو هو الذهان الذي لا تكفي العوامل العضوية العصبية والكيميائية لتفسير نشأته وأعراضه بل تكون العوامل النفسية جوهرية غالباً في هذا التعبير.

تطور مفهوم المرض العقلي

من العصر الفرعوني حتى الإسلام

عرف المرض العقلي بصورة مختلفة من قديم الزمان غير أنه لم تجر أية محاولات جديدة لدراسته وفهمه إلا من وقت قريب نسبياً، إذ كانت تكتنف هذه الدراسة صعوبة كبيرة نظراً لطبيعة المرض المعقدة ولعدم إتمام مهنة الطب به، بل ولتحيز الشعور العام ضده، ولذا كان

التقدم في هذا المعرج من الطب بطيئا وبالتالي غير لاقية للنظر قبل بداية القرن الحالي.

وقد درج المؤرخون عن المرض العقلي والطب النفسي على الإشارة بحكم العادة إلى ما ورد في شعر وأساطير الإغريق عن نوبات هياج أو جنون تصيب من كان يطلق عليهم تحجير الأبطال، ولكنه يبدو مستحيلا في الوقت الحاضر تكويين أي رأى محدد عن ماهية تلك الحالات بالنسبة للمرض العقلي حسب مفاهيمه الحالية

ومن ناحية أخرى فقد احتوت أوراق اليردي المصرية القديمة على بعض إشارات عن الاضطرابات العقلية إذ في حوالي سنة ١٥٠٠ قبل الميلاد ذكرت في تلك الأوراق على سبيل المثال ملاحظات عن تغيرات مرحلة الشيخوخة تتضمن الاكتئاب وضعف الذاكرة وربما كانت هذه الملاحظات قد بنيت في ذلك الماضي البعيد على أساس من المشاهدات التثريحية وأيضاً النفسية خصوصاً.

وقد أثبت أحد علماء التشريح الحديثين وجود تصلب في شرييين الصغ داخل جماجم بعض الموميئات المصرية على أن أول الحالات الحقيقية للمرض العقلي قد وردت في كتب العهد القديم بما فيها التوراة حيث ذكر فيها مثالان شهيران على الأقل من تلك الحالات إذ جاء اسمهم (شاؤول) الذي كان يظن أن المرض العقلي إصابة بواسطة روح شريرة أرسلها الله إليه والذي دفعه ما يعانيه من الاكتئاب إلى أن يطلب إلى حاكمه أن يقصص عليه وعندما رفض الحاكم إجابة هذا الطب لجأ إلى الانتحار كما جاء أيضاً اسم يبوخذ نصر وهوة الملك الذي أعاد بناء بابل والذي كان يعاني بعد ذلك من هذاء معتقد وهي مصوبة أنه انقلب إلى ذئب مفترس.

وقد كان الصدح هو المرض المعروف بصفة خاصة بين الأمراض العقلية لدى القدماء، حيث كانوا يطلقون عليه اسم المرض

المقدس أو الإلهي وكان (قميزر) ملك إيران من الأمثلة البارزة للمصابين به، غير أن لبقراط باستقصائه المعهود اعترض على نسبة هذه القدسية أو الألوهية إلى المرض. وأبدى أنه ككل الأمراض الأخرى ينشأ عن سبب طبيعى وأن النفس إنما يخلعون عليه تلك الصفة تعطية لجهلهم.

ثم أخذ الإغريق بعد قرون عديدة عن القدماء المصريين وطبقوا طرقهم في العناية بمرضى العقل وعلاجهم ثم أضفوا عليها بعد ذلك من جهدهم الخاص وربما كانت أول إشارة إلى ذلك هي ما جاء في كتاب الجمهورية لأفلاطون إذ نصح بالآ يظهر أي مصاب بالمرض العقلي في طرقات المدينة بل يقوم أقربيه بملاحظته في المنزل بقدر إمكانهم ومعرفة بهم بحيث يتعرضون لدفع غرامة إذا ما أهملوا في أداء هذا الواجب وفى عهد لبقراط جرت العادة على أن يتردد المصابون بالمرض العقلي على معبد معين حيث كانت تقدم القرابين وتقام الصلوات والابتهاالات. وجاء في إحدى رسائل ديمقريطوس إلى أبقراط أن إحدى التنبؤات المعروفة بمفعولها الإسهالي الشديد مفيدة لسهولة المرضى، بينما كان يوصف لمرضى الصرع التماريم والطبوس التطهيرية. وكان يظن أيضا أن الإصابة بالبوليسير والدوالي تقيد في تخفيف الاضطراب العقلي.

وفى مسهل العصر المسيحى دعا أحد القدماء الإغريق إلى استخدام طريقتين متباينتين لعلاج مرضى العقل هي حين أنه كان من ناحية يجد نفعاً في استعمال التجويع والتقييد بالأغلال والجلد بالسيف على زعم أن هذه الوسائل تجعل المريض للممتنع عن الطعام يعود إلى تناوله وتؤدي إلى إبعاش الذكرة، إلا أنه من ناحية أخرى كان يعترض على استخدام القصد ومكدمات الأفيون والبنج ويؤكد صورة عمل كل ما يمكن لتسوية المصاب بالاكتناب وعلاجه بوسائل الرياضة اليدوية والموسيقى والقراءة بصوت عالٍ وسماع هدير المياه عند تسقطها.

وأوصى عالم آخر بالغذاء المسحي والاستحمام والمكمدات للمرضى العقليين، بينما كان ثابث يهوى لمرصاه كل الظروف الملائمة من الضوء ودرجة الحرارة والهدوء وليعادهم عن كل ما يثير ويؤثر لهم ومائل للتسلية والترفيه مع عدم استعمال وسيلة التقويد إلا بحذر وعند الضرورة.

الفقرة المظلمة في تاريخ الطب النفسي:

وفي القرون الوسطى ترك علاج المرض العقلي في أوروبا في أيدي رجال الدين فضاغت المعتقدات الخرافية عن فاعلية السحر وغيره ثم أنشئت أماكن لحجز المصابين بالمرض لم تكن في غالبيتها تستوفي الشروط الصحية وغيره، بل كان المصابون بالمرض يتعرضون للمعالجة السيئة وأخفها التقويد بالأغلال المثبتة بالحوافز لفترات قد تصل إلى عشرات السنين وكانت هذه الأماكن أو الملاجئ بعيدة عن المستشفيات المعتادة مما أدى إلى فصل المرض العقلي عن الأمراض الأخرى، مما ساعد على الركود في الأبحاث الخاصة به وعلى التقليل التقدم في هذا الفرع من الطب، لذا يعتبر هذا العصر الفترة المظلمة في تاريخ الطب النفسي.

تطور مفهوم المرض العقلي عبر العصور:

يمكن القول أن مفهوم المرض عامة والمرض العقلي خاصة قد مر بثلاث مراحل عبر العصور.

١- المرحلة السحبية في التاريخ والتي اعتمدت بشكل مطلق على الخبرة الحاصلة ويعكسها بالأساس تقدم تاريخ طبي متوفر وكان ذلك في مصر القديمة ودرجات أقل في الحضارات الآشورية والبابلية والصينية والهندية.

٢- الحظبة اليونانية العربية والتي اعتمدت على الخبرة الإكليريكية والتجريبية ونبدأ بجالينوس وأبو قراط ثم تم ترجمتها وتطويرها وتجديدها بواسطة العرب وخاصة الرازي وابن سينا.

٣- العصر الحديث ويستند إلى المنهج العلمي البيولوجي

الموقف العقلي في العصر الفروغوني القديم.

لم تشر لقاب الأطباء في العصر الفرعوني إلى ما يفيد تخصصات في الأمراض العقلية وذلك بالرغم من وجود ذكر للأعراض النفسية والعقلية في كثير من الملاحظات الإكليريكية المدونة، خاصة في (كتاب القلب) (أهل، ١٩٣٧) وفي ترجمة (أهل) لبردية (أبر) جاء ذكر كلمتي القلب والعقل في أربعة عشر وصفا طبية ولكن يجب أن ينوه هنا إلى أنه في حين تترجم كلمة (أب) إلى عقل وكلمة (هي نج) إلى قلب، يشير (جرايو) على الكلمتين (بالقلب) ومن هنا يبدو أن القلب والعقل كانا يمثلان نفس الشيء في مصر القديمة.

كان معبد النوم أو معبد الكمون أحد الأساليب العلاجية النفسية المستخدمة في مصر القديمة وكثرت ترتبط باسم لمحتب أول طبيب معروف في التاريخ وكان أي - أ - هو - ثيب (ذلك الذي يأتي في سلام) الوزير طبيباً لرومر الفرعون الذي بني هرم سقارة في ٢٩٨٠ - ٢٩٠٠ قبل الميلاد وكثرت تتم عبادته في ممفيس وقد شيد معبد على شرفة في جزيرة فيله وكان المعبد مركزاً نشيطاً للعلاج بالنوم حيث اعتُمدت دورة العلاج بقدر كبير على مظاهر ومضمون تعبير الأحلام التي كثرت بالضرورة تتأثر تأثيراً بالغاً بالمحيط النفسي والديني للمعبد وبالتة المطلقة في القوى الحارقة للمادة للكهنوت وبالعمليات الإيحائية التي كل يقوم بها المعالجون المقدسون كذلك تم العلاج بالأعشاب واحتمال نبات الأقوي.

لقد تم التعرف على الممارسات الطبية في مصر القديمة من عدة برديات طبية المتوافر منها هو التالي:

- ١- بردية كاهون (١٩٠٠ قبل الميلاد).
وهي غير مكتملة ومهراة وتتناول الحالات المرضية المترتبة على استقرار الرحم.
- ٢- بردية أهر (١٩٠٠ قبل الميلاد).
وهي أصحح وثيقة طبية مصرية وقد تم ترجمتها بواسطة ب. بل (كوينهاوس : ليسكم ومنسك جارد ، ١٩٣٧).
- ٣- بردية ألوين سموت (١٩٠٠ قبل الميلاد).
وتتناول أساسا المصاقل الجراحية.
- ٤- بردية هرسنت.
وتشبه بردية أهر
- ٥- بردية برلين الطبية (١٢٥٠ قبل الميلاد)
وتتضمن وصفات طبية غير منظمة
- ٦- بردية لندن الطبية (١٣٥٠ قبل الميلاد)
وتتضمن تعاويذ ضد مختلف الأمراض وعددا محدودا من الوصفات الطبية.

الهيسثريا (بردية كاهون عن الرحم) :

تتناول أقدم هذه البرديات بالتحديد موضوع الهسثريا، وتعرف هذه البردية باسم بردية كاهون تبعا للمدينة المصرية القديمة التي وجدت بين إطلالها ويمتد تاريخها إلى ١٩٠٠ قبل الميلاد وهي ليست كاملة إذ لم يعمر منها سوى بعض الأجزاء وهي تتضمن وصفا دقيقا لعدد من الأمراض يمكن التعرف بسهولة على أن كثيرا منها يندرج تحت بند الاضطرابات الهسثيرية، كما تتضمن سردا لبعض الحالات النموذجية

(امرأة لا تفادر السرير فلا تنهض ولا تهره) امرأة لخرى
(تعاقي من قلة الأبصار وآلام في العنق) امرأة ثالثة (تعاقي من آلام في
اسنانها وفكيها ولا تقدر على فتح فمها)، وأخيرة، امرأة تعاقي من كل
أطرافها ومن الأم في العيين.

وقد كن الاعتقاد عندئذ أن هذه الاضطرابات وأخرى مثلها تكلي
نتيجة (لمجاعة) أو جفاف الرحم أو انتقاله من مكانة بحثا عن الرطوبة
مما يترتب عليه تراكم الأعضاء الأخرى الولجد فوق الآخر ولجذب
الرحمن مرة أخرى إلى مكانة كانت الأعضاء التناسلية إما تدهن بمواد
باهظة النفس وحلوة الرائحة أو كن المريض يتوق مولد سيئة الطعم أو
يشم مولد عفن الرائحة وذلك لطرد الرحم ودفعه بعيدا عن الجزء
الأعلى من الجسم حيث اعتقد الناس وجوده في حالات المرض أو
يتعرض الرحم لأنواع من الأبرة التي تبعده أو تجنبه إلى مكانه.

الاكتئاب عند الفرائسة:

نمرض فيما يلي مقتطفات عن (جليونجي ١٩٦٣-١٩٨٣)
توصح ذلك: لقد رفع ملايحه ورقد لا يدرى أين هو. . أما زوجته فقد
مدت يدها تحت ثيابه وقالت (يا أخي لا لشعر بالحصى في صدره أو
أطرافه ولكنه الحزن في قلبا) أما القيلس في أنظلم أشكاله فيمكن في
المقتطف القيلس التالي: (الآن. . الموت بالنسبة لي كالصحة للمريض
كرائحة زهرة اللوتس كترغبة الرجل في أن يرى ذرة بعد سنوات من
الأسر).

الاتطهر عند الفرائسة

إن تكمير الجسد (بدلا من تحنيطه طبقا للتقاليد وتحنيطه بالقرايين
كن يترتب عليه أن تنفذ الروح ذلك المكان الذي يجب - طبقا للمعتقدات
المصرية - أن تعود إليه في كل ليلة ليعاد تجديدها ثم أتولد من جديد مع

شروق شمس اليوم التالي وهكذا حتى تنعم بالخلود. إن هذه العملية تتضمن جوهر القيم المصرية القديمة فالمصريون كانوا يؤمنون أن ليس الروح فحسب وإنما كذلك الجسم كله بكامل أعضائه (القلب، للكبد، الكليتين... الخ) يقع تحت مسئولية الآلهة وأنه المكان الذي يحتضن القوى المقدسة، وذلك إلى درجة أن يصبح الطعام والشراب واجباً للإنسان من أجل هذه القوى المقدسة وبالتالي يصبح السؤال ما إذا كان الانتحار خطيئة أو جريمة خالدة للعقاب لا يمكن التفكير عنها ذي معنى ذلك أن مجرد الحفاظ على الجسد من خلال تحفيظه وأغنيته بالقرابين بعد كافيًا للحفاظ على حياة الروح.

الشخصية عند الفراعنة:

اعتقد الفراعنة في ترابط الشخصية بحجم ولون القلب وقد تبع ما نرده الآن باللغة العربية أو أي لغات أخرى من المعتقدات المصرية مثل (قلبه اسود أو لبض) أو قلته (كبير) فالقلب عند الفراعنة هو مركز ومركز الشخصية والأمراض النفسية وذلك يتضح في كتاب القلب بهردية إير.

أسباب الأمراض النفسية: التقسيم القديم:

- ١- في سبع ملاحظات كان مسار الأعراض يشير إلى الأسباب وعائية دموية.
- ٢- الفتوت.
- ٣- مواد برازية.
- ٤- الأسباب غير معلومة.
- ٥- السبب غامضاً مشيراً إليه ب (أ - أ - أ).
- ٦- لم يذكر السبب.
- ٧- وفي حالتين فقط قيل أن السبب يعود إلى مسائل شيطانية أو روحانية.

وتحت هذه الأسباب نجد اضطرابات في التفكير والافعال والسلوك واضطرابات ذهنية تتشابه مع اضطرابات شكل التفكير وفقر التفكير، والسكون والهياج والتسكين والخ والتي يمكن أن يطلق عليها اليوم أسماء مثل الفصام أو الكتاتونيا (الجمود) أو الخوف.

ولتلخيص ما سبق يمكن أن نقول أن مصر القديمة عرفت مفهوم الاضطرابات الهستيرية وعرتها إلى حركة الرحم وذلك قبل أن يصنفها أبو قراط بزمان طويل تحت مصطلح هستيريا وقد كان التعامل العلاجي مع هذا الاضطراب ذا أساس جسدي أكثر منه غيبي، كذلك تضمنت بردية أهر في كتاب القلب وصفات تفصيلية للاكتئاب والخوف والسمات الحركية والسلوية وحالات الهذيان تحت الحادة واضطرابات التفكير مثل تلك الموجودة في الفصام، وقد كان القلب والعقل مترادفين وقد أُرجمت أسباب كل هذه الحالات إلى أسباب وعقبة وتلوث ومواد برارية والمادة المسماة المعساء أ - أ - أ وفي حالتين فقد أعريت الأسباب إلى عوامل روحانية.

ومن هنا يمكن استنتاج أن مفهوم المرض العقلي في مصر الفرعونية كان مفهوم أجاليا وأنه - رغم الحضارة الغيبية - فإن المرض العقلي كان يزول إلى أسباب جسدية ويعالج علاجاً جسدياً ونفسياً (مستنداً إلى السحر والدين).

المرض العقلي في العصر الإسلامي:

تامل الإسلام مع المرض العقلي كما يلي:

- ١ - لم تستخدم كلمة (مجنون) في القرآن للإشارة على الشخص الذي فقد عقله أو الشخص الذهاني بل جاء ذكرها خمسة مرات في القرآن تفسيراً على كيفية إدراك الناس للرسل والأنبياء.

٢- وقد ذكرت كلمة الجنون في القرآن في وصف ما يلاحظه الناس على كل الأنبياء من شذوذ عن المعتاد ويُعد عن المألوف حيث يبدأون دعوتهم للتنويرية، وقد اقترنت الكلمة أحياناً بالسحرة أو الشعراء أو المعلمين، وبشكل ما نجد أن هناك مضموعاً إيجابياً للجنون يرزق النظرية المصادة للطب النفسي في تفسيرها للجنون والتي ازدهرت في منتصف الستينيات ويرجع أصل كلمة مجنون إلى كلمة (جن) وكلمة (جن) في العربية لها مصدر مع عدد من الكلمات الأخرى ذات المعاني المختلفة ويمكن استخدامها للإشارة إلى الشيء المستمر أو الخفي كالستار، الدرع، فالجن أحد مخلوقات الله الخفية المستترة والجنين مستتر داخل الرحم الجنة خفية لا يمكن إدراكها والمجنون ستار على عقله.

وإلى جانب النظرة إلى الجنون باعتبار من من الجن نجد نظرة أخرى إيجابية حيث ينظر الناس إلى فاقد العقل باعتباره شخص مبدع خلاق جرى في محاولته لإيجاد بدائل لنمط الحياة لساكن، وبهذا المبنى فقد وجهت تهمة الجنون إلى النبي محمد والأنبياء الآخرين ونجد الفكرة ذاتها في الموقف المختلفة من عدد من التهديدات المعنية مثل الصوفية حيث دفعت خبرات التمدد في الذات والوعي إلى بعثهم بالجنون كذلك فإن مذكرات بعض الصوفية تكلم عن حدوث بعض الأعراض الذهانية وكثير من المعاناة العقلية التي يعانون منها في طريقتهم إلى خلاص النفس.

أما المفهوم للثالث الممرض العقلي فهو نتيجة لعدم الاتسجام أو صيق الوعي الذي يتعرض له المومنون ويرتبط بتزييف طبيعة تكويننا الأساسي (الفطرة) وكسر لتسجام وجودنا بواسطة الإثنية أو الاغتراب الممثل جرنياً في فقدان الاستبصار المتكامل ويمكننا أن نفهم هذا المعصري أكثر إذا كنا على معرفة بروح الإسلام كملوب وجودي للحياة

والتصرف والارتباط بالطبيعة والاعتقاد الخفين فيما وراء الحياة والذي لا يجب بالضرورة أن يكون ما فوق الطبيعة.

ويعتمد المفهوم المسند عن المرض العقلي في مرحلة معينة ما إذا كان الفكر الإسلامي المهيمن في تلك المرحلة يتميز بالتطور أو التأخر فعلى سبيل المثال نجد أن المفهوم المسند في مراحل التأخر، هو ذلك المفهوم السلبي الذي يعتبر المريض العقلي مسموماً بأرواح شريرة في حين أن مراحل التنوير والبدع ترتبط بهيمنة مفهوم اختلال الانسجام مع المجتمع .. الخ.

لقد ذكرت النص (١٨٥) مرة في القرآن كمصطلح عام للوجود الإنساني كجسد وسلوك وجداتي وتصرف أي كوحدة نفس جسمية كاملة.

لقد ارتبط ظهور الإسلام بتغيرات جذرية في سلوك العرب، ولقد شاع أن تعرف مرحلة ما قبل الإسلام بمصر الجاهلية ذلك أن ثلاثي الحضارة العربية القديمة والتي استمرت ما يتجاوز ألفي عام وامتدت إلى عصور الآشوريين والبابليين جعل الناس ينظرون إلى المرض العقلي تحديداً باعتباره نتيجة للأرواح الشريرة والجن.

لقد دفع القرآن باعتباره قانوناً دينياً جديداً بالمسلمين إلى أسلوب جديد في الحياة استبدل بشكل جذري النمط الحضاري للفترة السابقة عليه، ولقد قرأنا ليس بمرجع طبي ولا بمرجع قياسه بالقياسات الأكاديمية الحديثة ولكن من وجهة نظر الطب النفسي نجد دلالة تاريخية هامة في ذلك الجزء من القرآن الذي يتناول تفسير يوسف لحلم فرعون عن السبع بقرات الممتلئات والسبع بقرات الخفيات وكذلك نجد القرآن دقيقاً حارماً بشأن بعض المشكلات الطبية مثل الانتحار أن يقرر بوضوح أن لا تقتلوا أنفسكم ذلك أن الله رحيم بكم، وقد وجد لهذا الله أهمية كبيرة في الوفاية من الانتحار، كذلك نجد أن نسيبه إيمان الخمر منخفضة في البلدان العربية ولا يخلو ذلك من دلالة أن منع النبيذ جاء في القرآن على

مراحل تدريجية، إذ ينص بداية على أن (لا تقربوا للصلاة وانتم سكارى) ثم يليه ما يعيد أن الخمر هي رجس من عمل الشيطان ثم أخيراً النهي عن الحمر تماماً.

وتركيز فلسفة النهي في أن احتساء الخمر والمقامرة كليهما يؤديان إلى العدواة والكراهية بين الناس ويلهيهم عن الصلاة وقد امتد تحريم الحمر فيما بعد بالقياس لمحاربة المسممات والمخدرات الأخرى.

كذلك للحوار التفصيلي بين النبي لوط وشعبه مثالا على الدعوى الواضحة لمحاربة الجنسية المثلية.

وهناك العديد من الآيات القرآنية التي تشير إلى الزواج والطلاق والرعاية الأسرية والنسبي والأيتام والنساء والزنا والدعارة والأبوة المسئولية الشخصية وموضوعات أخرى متعددة تتضمن مبادئ محددة حول الواجبات الأخلاقية والمدنية التي تحكم العلاقات الإنسانية.

وقد كان لتركيز الرسول ﷺ على العلاقة بين العوامل النفسية والأمراض الجسمية أهمية خالصة وقد اتضح ذلك جلياً في قوله ما يفيد بأن الكروب المتركمة تؤثر على وظائف الجسد.

وقد كان لتعاليم المعالج الكبير ابن الرازي أعرق الأثر على الطب العربي وكذلك الطب الأوربي ومن أهم كتائنه (المعصوري) وكتاب (الحاوي) ويتكون الكتاب الأول من عشر فصول تتضمن وصفاً لأنواع الأزوجة المختلفة ويعتبر دليلاً متكاملًا في مجال الحلقة أما كتاب (الحاوي) فيعتبر أكبر موسوعة طبية أصدرها طبيباً عربياً وقد تم ترجمتها إلى اللاتينية عام ١٢٧٩ وبشرت في عام ١٤٨٦ ويعتبر أول كتاب إكلينيكي يمرض الشكوى والعلامات والتشخيص للمفارق والمعالج المؤثر للمريض، وبهذا بنحو مائة عام ظهر كتاب القاتون لابن سينا والذي يعتبر كتاباً تعليمياً يتميز بالتصنيف الأفضل والترتيب

الذهبي والتوجه المنطقي وقد قدر له أن يمثل أسس التعليم الطبي في أوروبا لعدة قرون، وقد جاء بعد (القلوب) في الطب لأين سيبا عملاً آخرًا لا يقل روعة إلا وهو كتاب (الملكي) لعلى عباس الذي يعتبر مثل الحاي عملاً خالداً في مجال التطوير والممارسة في الطب.

أول مستشفى عقلى في العالم:

لقد شيد أول مستشفى عقلى في العالم في بغداد في عام (٧٠٥) بعد الميلاد وكذلك شيدت مستشفى قلارون في القرن الرابع عشر والتي تمثل نموذجاً مثيراً فيما يتعلق بالرعاية النفسية إذ كانت تنقسم إلى أربعة أقسام للجراحة والأمراض الباطنية والعيون والأمراض العقلية وقد سمحت للبهيت الكريمة من اغنياء القاهرة بمستوى عالٍ من الرعاية الطبية وإعالة الممرضى أثناء فترة النقاهة حتى يحصلون على مهنة مريحة ونجد هنا سمتين جديرتين بالاهتمام - أولهما رعاية للمرضى العقليين في مستشفى علم والذي سبق الاتجاه الحديث العالمي في علاج مريضى النفسى بالمستشفيات العامة بحوالي ستة قرون وثانيهما اشتراك المجتمع في توفير رعاية لائقة للمرضى.

وبالرغم من تباين أنواع العلاج الديني إلا أن محور العلاج هو دائماً التوجه إلى الله من أجل الشفاء

وعلاوة ما يتم للعلاج فردى أو جماعى وتكون الوسائل المستخدمة إما وقتنية أو علاجية وتتضمن الأنواع المستخدمة قراءة القرآن للحجاب والورقة والحرر والحافظ. إلخ والتعذية والتعويدة والبخور والتطهير.

يختلف الإسلام عن الصورة التي نراها وسائل الإعلام الغربية حيث أنه نين الإبداع والرحمة والسلام والمرونة من أجل السلام النفسى الاجتماعى كما أنه الإبداع تكريماً للطم والطماء أما الإرهاب والتطرف

والقسوة والتصلب في الرأي والعذاب الجسدي فكلها مظاهر سلبية
تصلبانية سواء في المفهوم أو كسلوب حياة.

مفهوم المرض العقلي:

لقد تناول العلماء المتهمون مفهوم المرض العقلي على أنه ما
يبرز تحت رملة الاضطرابات الاتفمالية وما يتعلق بذلك من الحكم
على الأشياء والسلوك والشخصية على وجه العموم بحيث يبدو للعالم
الخارجي في صورة من الشذوذ وعدم التوافق والخروج على السائد
المألوف.

وواضح من هذا التعريف أن المرض العقلي يجعل صاحبه
يعاني احتلالاً شاملاً واضطراباً يؤثر على شخصية، ويعكس على
مستوى تفكيره وقواه العقلية بحيث يبدو.

- أ- عاجزاً عن ضبط نفسه والتحكم برعايتها
- ب- لا يستطيع أن يحقق توافقه الإجتماعي النفسي.
- ج- لا يقوى على معرفة الأسباب الكامنة وراء هذا الاضطراب
السلوكي الذي يثير الدهشة ويدفع إلى الخوف والاضطراب.
- د- يعتقد إلى البصيرة التي تمكنه من التعرف على مشكلته.

الفصل السابع
اضطرابات الشخصية

الفصل السابع

اضطرابات الشخصية

في هذا الفصل سوف نتناول اسرطابات الشخصية في إيجاز من حيث

الآتي:

أولاً: تعريف الشخصية

ثانياً: المصوبات التي تعرض لها الطماء في تعريف الشخصية.

ثالثاً: مفهوم الشخصية في الحياة العامة.

رابعاً: تعريف الشخصية عند طماء النفس.

خامساً: النظريات والاتجاهات المتبعة للشخصية.

سادساً: مكونات الشخصية.

سابعاً: اضطرابات الشخصية.

ثامناً: مفهوم اضطرابات الشخصية.

تاسعاً: أنواع اضطرابات الشخصية ومعايير تشخيصها

عاشراً: أسباب اضطرابات الشخصية.

حادي عشر: علاج اضطرابات الشخصية.

أولاً تعريف الشخصية

إن تعريف الشخصية مسألة افتراضية بحثية، فليس هناك تعريف واحد صحيح والباقي تعريفات خاطئة، والوقوف عند تعريف مقبول يرتضيه الباحث يقتضي منه دراسة مختلف التعريفات التي وصفت لدراسة الشخصية، ومن الطبيعي أن يكون لمصطلح واسع الانتشار "الشخصية" تعريفات كثيرة متعددة ومختلفة.

ولكي نعر من أهم تعريفات الشخصية يجب إلقاء الضوء على أهم السموات التي ولجها علماء في تعريف الشخصية.

ثانياً: السموات التي تعرض لها العلماء في تعريف الشخصية :

- ١- إن العمليات التي تتكون منها الشخصية تنظم وتتكامل بطريقة مستمرة، ولا توجد لدينا الوسائل التي يمكن بها معرفة كيفية تنظيم هذه العمليات، وكل ما نحله هو محاولة استنتاجها باستخدام التمثل الباطني.
- ٢- إن العمليات التي تتكون منها الشخصية تحدث في حياة الفرد بشكل متصل إذ تتوالى الواحدة بعد الأخرى وتتدخل مع بعضها بحيث لا يمكننا فصلها نظراً للتعامل الديناميكي بينها.
- ٣- إن الدوافع التي تحرك الشخصية دوافع معقدة، بعضها شعوري، يمكن للفرد نفسه من التعرف عليها، وبعضها لاشعوري قد يعود إلى خبرات في الطفولة البعيدة يصعب على الفرد اكتشافها كما أنها تستغرق وقتاً ومجهوداً لإظهارها في مستوى الشعور.
- ٤- الإنسان كائن عضوي ويتطلب ذلك النظر إليه ككل وإلى شخصيته كوحدة، ونحس هذه الوحدة لتنظيم العمليات النفسية كلها في الموقف الواحد، كما نحس

انتظامها في وحدة خلال مراحل نموه كلها، لذا يعتبر تاريخ حياته كله وحدة واحدة لا يمكن تجزئتها

٥- إن العلماء أنفسهم لهم شخصيتهم، وكل شخصية علميتها الدفاعية وأخطاؤها في الإدراك والنواحي الجملة فيها، ولا بد أن تؤثر مثل هذه العمليات في طريقة العلم في النظر إلى الأمور، مما يؤدي إلى عدم اتفاق العلماء.

ثالثاً: مفهوم الشخصية العلم في الحياة اليومية .

كثيراً ما تستخدم كلمة شخصية في حياتنا اليومية فنقول لحياتنا أو فلاناً ذو شخصية قوية، وإلى آخر ذو شخصية ضعيفة، ويكمن بذلك أن الأول ذو تأثير على غيره وأنه مستقر في رأيه، له أهدافه الواضحة في الحياة، وأن الشخص الآخر ضعيف الإرادة ليس فيه ما يميزه عن غيره، فهو يتأثر بغيره بسهولة ويعجز عن التأثير في الغير إلى غير ذلك من الصفات

ومصطلح الشخصية يُعبر عن دراسة الفرد من حيث هو كل موحد من الأساليب السلوكية والإيمانية المعقدة والتنظيم، التي تميز هذا الفرد عن غيره من الناس، خاصة في المواقف الاجتماعية.

وهذا التعريف الإجرائي يسوقنا إلى أن الشخصية هي نظام متكامل من الصفات الجسمية والسمات النفسية التي تتميز بالثبات النسبي، والتي تميز الفرد عن غيره من الأفراد، كما تحدد أساليب نشاطه وتفاعله مع البيئة الخارجية المادية والاجتماعية التي يعيش فيها

رابعاً تعريف الشخصية عند علماء النفس .

نكتسب هنا عدد من التعريفات التي وردت لدى من سبقونا بالعلم ومن هذه التعريفات ما يلي:

١. تعريف شون

يذهب شون إلى أن الشخصية هي " التكوين المنظم أو الكل للفعال أو وحدة العادات والاستعدادات والحواس التي تميز أي فرد في المجموع عن غيره من الأفراد " .

٢. تعريف كاتل :

ذهب كاتل إلى أن " الشخصية هي ما يمكننا أن نتنبأ بما يكون عليه سلوك الفرد في موقف ما " .

ويصف كاتل العناصر التي تتكون منها الشخصية في ثلاث أنواع :

- أ- السمات أو العناصر الديناميكية وهي النواحي المختلفة للسلوك وأهدافه سواء كانت فطرية أو مكتسبة.
- ب- السمات المزاجية وهي التي تتعلق بالسمات الشاملة غير المتغيرة، وهي أيضا السمات التي تميز استجابات الفرد بصرف النظر عن المثيرات التي تؤدي إليها مثل سرعة الاستجابة أو قوتها أو مستوى النشاط.
- ج- القدرات والكفايات العقلية وهي التي تحدد قدرة الفرد على القيام بعمل ما وتتمثل في الذكاء والقدرات الخاصة والمهارات.

٣. تعريف ألبورت :

حيث أوضح أن " الشخصية هي التنظيم الديناميكي في الفرد لجميع التكريلات الجسمية والنفسية، وهذا التنظيم هو الذي يحدد الأساليب الفريدة التي يتوافق بها الشخص مع البيئة " .
ويتميز هذا التعريف بأنه :

- أ- يوضح أن الشخصية تنظيم أو تكوين ديناميكي علم، ويتصدد بذلك أنه ثابت إلى

حد ما، ولكنه في الوقت نفسه متغير وقابل للتغير نتيجة التفاعل الدائم بين مختلف العوامل الشخصية والاجتماعية والمادية.

وهو أيضاً في الوقت نفسه لا يستبعد ما يطرأ على الشخصية الإنسانية عدد قدرا للتكيف من التحلل أو تفكك يظهر في الحالات العقلية والنفسية التي تطلق عليها حالات الانحراف والاضطراب، ويحدث في اعتباره التغيرات الديناميكية التي تتم داخل الفرد.

ب- يشير هذا التعريف في عبارة "يحدد أساليب التوافق الخاصة بالفرد مع البيئة" إلى أن الشخصية مستعدا يحدد استجابة الفرد لمختلف المثيرات التي تحيط به.

ج- يشير أيضاً إلى أن أساليب التوافق فريدة وخاصة بالفرد، أي أنها مميزة عن غيره من الأفراد، وذلك إشارة إلى الفروق الفردية

د- يؤكد أن توافق الفرد مع البيئة ليس توافقاً سلبياً للعوامل البيئية المحيطة بالفرد ولكنه توافق إيجابي فعال.

٤- تعريف واتصاف :

يذهب تعريف واتصاف إلى أن الشخصية هي كل ما يعطيه الفرد من أنشطة يمكن ملاحظتها على مدى فترة طويلة من الزمن.

٥- تعريف جانثري

"إن الشخصية هي المبادئ ذات الأهمية الاجتماعية والتي تكون ثابتة وتقاوم التغير".

٦- تعريف روجرز

إن تصور (روجرز) للشخصية هو أنها دفنما في حالة من التطور والارتقاء، فمكوناتها تتفاعل على الدوام مُحفزة تحركات لدى الفرد

وفصلا عن ذلك إلى (روجرز) يعرفو كافة السلوك الإنساني إلى دافع واحد وهو تحقيق الذات، فهذا الدافع هو الذي يمد البشر بهدف يسمون إلى تحقيقه.

والشخصية عند (روجرز) هي يحتاج للتفاعل المستمر، فهي ليست سائكة ستنكسية، بل هي دافعة للحركة والتغير، والسلوك الإنساني يعمل بشكل كلي موحد ايجابي نحو هدف تحقيق الذات، فالناس في الأمان طيبون وإذا توفرت لهم ظروف النمو الطبيعية سيكونون مسئولين عن تصرفاتهم.

خاصة النظريات والاتجاهات المفسرة للشخصية:

تمتدت النظريات التي تفسر الشخصية، وهي تحاول التوصل إلى كنهها وطبيعتها، ولعل من أهم هذه النظريات، ما يلي.

نظريات الأنماط: Type theories

نظرية هيبوقراط هي من أقدم النظريات (Hippocrates) والذي فترض وجود أربعة لمرجة هي: الدموي والسوداوي والصعراوي والبلمي، والتي تذهب إلى أن الناس يصنفون في أربعة فئات تعتمد في تكوينها على المكونات الأساسية للعالم وهي الماء والفر والهواء والتراب.

وقد تطورت نظرية الأنماط إلى أن وصل هذا التطور على يد شلدون (W.H.Sheldon) إلى وجود ثلاثة فئات عامة، وكل نمط منها له مفردات بحيث يمكن بعملية الجمع والخلط لمفردات (3 درجات) من كل نمط نصيب كل إنسان على حسب امتلاكه لجملة مفردات أو درجات تنتمي بصورة ما للأنماط الثلاثة، وعموماً فإن صدق افتراض شلدون لم يصل إلى الدرجة المقبولة.

٢. نظرية الصفات: Trait theory

وقد تطورت هذه النظريات انطلاقاً من قوائم الصفات المتعددة التي وصفت بها أشكال السلوك الشخصي سواء كانت متعلقة بالجوهر المعرفية أو الوجدانية أو

غيرها، ولكن مع تقدم الإحصاء واستخدام أسلوب التحليل العلمي تم احتزال هذه الصفات في قوائم لها منطقها ومصدرها.

ومن أهم النصيبات العلمية تصنيف "مقر ليرنك" الذي يري أن الشخصية الإنسانية تتكون من أربعة عوامل أو محاور، وكل محور منها يتنوعب الحديد من الخصائص الصغرى، ورغم بساطة ومنطقية هذه النظرة العلمية الاحترافية، إلا أن هذا لم يمنع من أن كل سمة يمكن الكشف عن مكونات صغرى لها، وهذا ما يساعد على تكوين الشكل الذي يرسم الملامح المتنوعة للشخصية.

٢. النظريات الدينامية أو التحليلية

وحيث مثال لها نظرية التحليل النفسي عند (سيجموند فرويد) ومن هنا نعود ومضى في اتجاه المحي الدينامي التفاعلي داخل الشخصية أو بين الشخص وغيره من الأشخاص من أمثال (ألز و هروم وموليل)، والفكرة الأساسية المشتركة بين أصحاب هذا الاتجاه هي فكرة النكامل بالإضافة إلى التأكيد على فهد الإنتقالي في تكوين الشخصية وبروغ خصائصها بالتدرج.

كذلك فقد أكد هذا الاتجاه على دور الدافعية الذي بدوره لا يمكن تفسير ما يصدر عن الشخص من أفعال أو ما يتبادر من أفكار.

٣. المنهي السلوكي Behaviorism

ويركر هذا المنهي على حور التعلم learning في تكوين الشخصية، وهذا المنهي يذهب إلى أنه سواء أكانت النظرة إلى الشخصية تنمى في اتجاه الأتمائم أم السمات الدينامية، فإنه لا يمكن إهمال دور التعلم والتدعيم (Reinforcement)

٤. المنهي الإنساني Humanism

وهو الاتجاه الذي يشاردا على الاتجاه السلوكي والاتجاه التحليلي في محاولة من أجل النظر إلى الواقع الإنساني باعتباره هو الأساس في تفسير السلوك

من حيث أن ما يشعر به الإنسان هو الحقيقة الوحيدة التي يجب أن يعتد بها، ويشيى هذا الاتجاه (كارل روجرز وأبراهام ماسلو).

٦. نظريات التعلم الاجتماعي: Social learning

من مؤسسي هذا الاتجاه (ألبرت باندورا) الذي يذهب إلى أن الشخصية تتكون من خلال سبيل اجتماعي تنمو فيه ويتم من خلاله التعلم بطريقة المحاكاة والتقليد والملاحظة والمعدجة modeling.

٧. النظريات الموقفية. Situationism

ومن مؤسسي هذا الاتجاه والتر ميشيل، ويرى أصحاب ذلك الاتجاه أن السلوك يقدر ما يكون متماً ومتماهاً يكون معتمداً على خصائص دالطية أو سمات شخصية لدى الإنسان، و أي فعل أو سلوك أو سمة عند الإنسان يكون مصدرها قياها بتحويل ما يحويه في الواقع الاجتماعي إلى بقوة شخصيته، وعلى ذلك فالمنظم الأساسي للسلوك هو الظروف الموقفية وليست العوامل الدالطية في الشخصية

٨. النظريات التفاعلية Interactionism:

هذا الاتجاه هو نوع من الخلطة للتوفيقية Eclectic بين النظريات السابقة حيث يرى أن الشخصية تتشكل من خلال الاستعدادات البيولوجية والنسبة والظروف البيئية والاجتماعية وغيرها، مما يؤدي إلى أن يكون كل إنسان هو وحدة مفردة تتشابه أو لا تتشابه مع غيرها بمقدار تماثل تلك المظاهر وتماثل مؤلف التفاعل فيما بينها، وعلى ذلك فمن الصعب اعتبار الشخصية لدى أصحاب المنحي التفاضلي شيئاً له استقلاله بكثير من اعتباره مجرد مصطلح عملي للأنماط المعقدة للتفاعل.

سادساً: مكونات الشخصية

تتميز الشخصية بتعدد مكوناتها واستمرار تفاعل عناصرها مع بعضها البعض، مما يشكل صعوبة عند محاولة إحصاء هذه العناصر أو تصنيف هذه المكونات.

ويلاحظ كثرة الصفات والقوائم الطويلة التي يلجأ إليها بعض العلماء في دراسة الشخصية، وإذا فحصنا القوائم الكثيرة التي يصنعها العلماء لمكونات الشخصية وجدوا وإن اختلفت في طابعها من حيث العدد والتفاصيل فإنها تنفق على الأبعاد الرئيسية التالية :

أولاً: المكونات الجسمية.

ثانياً: المكونات العقلية المعرفية.

ثالثاً: المكونات الانفعالية.

رابعاً: المكونات الخلقية.

خامساً: المكونات البيئية.

ولهما يلي عرض لكل منها:

أولاً: المكونات الجسمية :

يلاحظ أن الأفراد يختلفون بعضهم عن بعض في تكوين الجسمي، وذلك من نظر أن هذا الاختلاف في المظهر الجسمي (كالطول - العرض - ضخمة الجسم) له علاقة بالشخصية، حيث أثبتت هذه الدراسات وجود ارتباط ضئيل جداً، مما يؤكد أن التفكير الجسمي له أثر موجب، ولكنه ضئيل جداً في تحديد ملامح الشخصية، وسعوب في تشكيل أبعادها النفسية.

ويمكن تصنيف المكونات الجسمية إلى ثلاث أقسام رئيسية هي:

- ١- الأعضاء الحسية المستقبلة للمؤثرات الحسية الخارجية والدلالية والمفصلية.
- ٢- الجهاز العصبي الذي تصل إليه الإحساسات الآتية عن طريق الأعصاب الحسية المستقبلة ويعتبر حلقة الاتصال بينها وبين التكويدات الجسمية التي تقوم بردود الأفعال المناسبة.
- ٣- التكويدات الجسمية التي تقوم بردود الأفعال وتتكون من:

أ. العضلات.

ب. الغدد الصماء.

ثانياً التكويدات العقلية المعرفية :

إن النواحي العقلية المعرفية هي أهم نواحي مكونات الشخصية، وتشمل المعلومات العقلية كل ما يتصل بالإدراك والتصور والتخيل والقدرة على التفكير والتفكير والتعلم، أي جميع العمليات العقلية التي يقوم بها العقل في تكوين الخبرات المعرفية.

ثالثاً. التكويدات الانفعالية .

والمقصود بالانفعال - بصفة عامة - هو حالة التوتر في الكائن الحي المصحوب بتغيرات فيولوجية داخلية وتغيرات حركية أو لفظية خارجية، وتزداد شدة التوتر أو الانفعال كلما تعرض الفرد لمنبهات معالجة لم يستعد لها بنمط معين من الاستجابة، وكذلك المواقف التي يرداد فيها الخطر على ذاته الجسمية والنفسية، أو عند تحقق الأهداف الجوهرية، أو عند إثارة الدوافع أو عند إشباعها.

وتتضمن المكونات الاتية للشخصية ما يلي:

- ١- العواطف.
- ٢- الطقد النفسية.
- ٣- الاتجاهات العقلية.
- ٤- الميول.
- ٥- المزاج والسمات الانفعالية العامة والطفلية والتنوعية.

رابطاً المكونات العقلية :

العقل هو جانب لشخصية المتصل بالمظهر الاجتماعي والتوافق في المواقف المتعلقة بالقيم الدينية والمثل العليا والشرف والفتون والمعايير السائدة في البيئة التي يعيش فيها الفرد، وبعبارة أخرى نقول ان العقل هو نظام من الاستعدادات النفسية التي تمكننا من التصرف بصورة ثابتة نسبياً حيال المواقف الاخلاقية والدينية والاجتماعية المختلفة.

خامساً. المكونات البيئية :

يقصد بالبيئة جميع العوامل الخارجية التي تؤثر في الشخص من بدء نموه سواء كلى ذلك متصلاً بعوامل طبيعية أو اجتماعية، أو ما يتصل بالعوامل الثقافية من عادات ونظم تربوية أو ظروف أسرية أو مدرسية، ويمكن ان نحرس تأثير البيئة في تكوين الشخصية بدراسة البيئة المنزلية والمدرسية وبيئة المجتمع العلم. ويجب ان نأخذ في الاعتبار ان تقسيم الشخصية إلى مكونات منفصلة هو ضرورة علمية يقتضها الفرح وليس حقيقة واقعية.

سادساً اضطرابات الشخصية

نمر الشخصية الإنشائية بمراحل مختلفة من الطفولة حتى النضج، و حينما نقول ان الشخصية ناضجة فلي ذلك يعنى ان الشخص قادر على التوافق مع

الأخرين، و يوجد لديه قدر كبير من التناقص في السمات التي تتميزه بجودة و صحة علاقته مع الآخرين، أما عدم التصحح فبقه يعني أن الشخص بالرغم من اكنتمال صحته الجسمي، إلا أنه غير قادر على التفاعل السوي مع الآخرين و هنا نقول أن هذا الشخص مضطرب.

و يصنف اضطراب الشخصية نمطاً أو نموراً في الملوك، و يكون مرعفاً للآخرين أو يسبب لهم أذى أو كرب، و لا يعي الفرد المضطرب بوجود مشكلة لديه، كما أنه لا يكتشف ذلك الاضطراب إلا الأفراد المقربون إليه مثل أفراد أسرته أو زملاء العمل.

و سوف نهتم في هذا الموضع بمرص التمييز بين الشخصية السوية و المضطربة، و إلقاء الضوء على مفاهيم التكيف و الاضطراب، ثم الإشارة إلى علاقات اضطراب الشخصية بالصفا و الدهل، ثم يشير إلى مبدئ تاريخية عن مفهوم الاضطراب في الشخصية و أنواع اضطرابات الشخصية و معايير تشخيصها و الأسباب المؤدية لها و كيفية علاجها.

مدخل إلى اضطرابات الشخصية

الاعياء و سوء التكيف و الاضطراب:

حينما نستعمل الاصطلاح " اضطراب الشخصية " فإننا نشير إلى شخصيات سينة التكيف لكثير بكثير من شخصيات معظم الأفراد الآخرين، و مثال هذه الشخصيات تكون محدرة بصفتها أو شادة، و معظم الشخصيات المحرفة بشكل متطرف تكون سينة التكيف بصفتها...

كما أن الاختلافات بين السواء و الشذوذ و بين التكيف و سوء التكيف هي غير واضحة، فتوجد سلوكيات بشرية قليلة جداً هي في حد ذاتها إما سوية أو شادة، و إما متكيفة أو سيدة للتكيف، فكما أنه يوجد "لون رمادي" بين الأسود و الأبيض،

كذلك توجد مراحل بين الشخصية السوية و الشخصية المضطربة، فالمواء و الشنود و التكيف و سوء التكيف .. هي نقاط على متصل، و ليست أقماراً لو فلتت مختلفة خاصة بسلوكيات أو شخصيات.

و هكذا فإتد نظر إلى اضطرابات الشخصية الرسمية Official و المحددة بواسطة دلول التشخيص الإحصائي .. كشخصية مستمرة في الاضطراب، فصلاً عن وجود بعض المواء لديها

فلا يوجد تمييز واضح بين الشخصية السوية و الشخصية المضطربة، تماماً كما لا يستطيع أن نجد على مقياس حرارة خطأ يفصل بين المبلض و البارد.. فإتد لا يستطيع أن يجد على المقياس الخاصة بالشخصية خطأ يفصل بين الفرد السوي و الشاذ.

و في النهاية، لا نستعمل الاصطلاح " اضطراب " بالطريقة التي نستخدم في الطب، أي أننا لا نشير إلى مجموعة أعراض لها سبب قابل للتحديد في مكان ما تدخل الشخص، و نحن لا نعني بالاضطراب "مرصاً"، فالاضطراب يعني ببساطة أن سلوك الشخص يخلق اضطراباً في حياته و حياة الأشخاص الآخرين.

علاقة اضطراب الشخصية بالمصاب و الدهان.

يختلف اضطراب الشخصية عن المصاب و الدهان، فهو يختلف عن المصاب في أن الشخصية في المصاب أثناء محاولاتها التكيف مع الصعوبات الداخلية و الخارجية تلجأ إلى استحداث أعراض نفسية أو جسمية، في حين أن المظاهر غير الطبيعية في اضطراب الشخصية ساد أقماراً ثابتة من سلوك، تصبح الشخصية كلها أو جلياً عاماً منها.

لما بالنسبة لدهان عارض من أن اضطراب شخصية مكافئ دينامياً لدهان .. إلا أن الدهان له بداية واضحة في العادة يحقها تغير كيمي في الشخصية

أو تغير كمي شديد يشمل كل نواحي الشخصية تقريباً، وكذلك فإنه لا يوجد في اضطراب الشخصية تلك الأعراض الذمعية الصريحة كالهوسات و الصلالات

ثانياً : مفهوم اضطرابات الشخصية

مصطلح "اضطرابات الشخصية" في اللغة :

اضطرابات الشخصية Troubles de la personnalité هي ترجمة حرفية للتعبير الانكليزي Personality disorders الذي فُرض على أثر إعداد (مجلد تشخيص و إحصاء الاضطرابات العقلية)، و هو يحاول أن يكون بديلاً للتعبير الكلاسيكي "الشخصية المرضية"

يوجد معايير مختلفة لا تقاطع كلها للحكم على مرضية سمة معينة أو مجموعة سمات للشخصية: فوجود الثابت و المهيمن للسمة أو لمجموعة سمات، تشويه أو تصغير سمات ملاحظة عند الفرد الطبيعي، الصلابة النفسية و التكيف الاجتماعي.

يجري تعيين اضطراب للشخصية بواسطة صورة السمات، توجد بوثيرة كافية لكي يمكن الاستنتاج بأن هناك علاقة تبعية بين مختلف هذه السمات، إلا أنه يوجد تنوع كبير في وصف و تصنيف الشخصيات المرضية.

و بالإمكان القول كقاعدة عامة إنه إذا تميزت الأشكال العادية التي تحدث من المرضي من خلال نواتر شكلها و طابعها الكرنيكثوري، فإنها قد تشبه صلات مرضية يبدو أنها تشكل ركيزتها التكريدية أو شكلها اللاعراضي.

و هكذا نصف الشخصية النظامية بالتفاعل مع السمات الملاحظة في الهيكليات المنظمة المرمزة الاصطهادية أو الشخصية الهاجسية بالتفاعل مع السمات الملاحظة في العصبليات الهاجسية.

إن تصنيف مجلد (تشخيص و إعطاء الاضطرابات العقلية) يميز ثلاث مجموعات من اضطرابات الشخصية: الشخصية النظامية، القسامية، ذات المعنى النفسي بالتماثل مع الصلابة الذهنية، و الشخصيات الاجتماعية الحديثة، الفيلواتية و النرجسية و الشخصيات المتجنبة و المتبعة و الهجسية - الاضطرابية و السلبية - العدوانية المطبوعة بالقلق و الإزعاج الاجتماعي.

هذا التصنيف يقترح إضافة شخصية سلبية و شخصية ذات تصرف فاضل (غصب الفل) . و هناك ملاحظتان تفرسان نصهما ليس لهذا التصنيف طابع حصري دقيق و يمكن لبعض الأشكال أن تكون مترابطة عند الفرد نفسه، فهو ذو طابع اعتباطي غير قابل للنقاش.

و من المستحيل ذكر كل أشكال الشخصية المرضية التي وُصفت، لتذكر بالتصنيف التحليلي وفق مراحل نمو الحياة الليبيدوية (القمية، الشرجية .. الخ)، ووصف أشكال على علاقة بسمة مسيطرة (غير مرضية) و علوم الطبقة من نوع الانبساط - الانطواء، الضبابية - الذهنية .. الخ.

إن الحصة المتوالية للعوامل الوراثية و العوامل المكتسبة في تحديد الشخصيات المرضية لا تزال موضوعاً خاضعاً للجدل بسبب قلة المعطيات التي يمكنها.

نبذة تاريخية عن مفهوم الشخصية المضطربة

إن فكرة أن بعض الأفراد يعرضون أساليباً ثابتة و شاملة من السلوك والتفكير و المشاعر سببة التكيف أو محتلة وظيفياً Dysfunctional قد كانت موجودة هنا وهناك منذ زمن طويل، و لم تنشأ إلا في عام ١٩٨٠ مع بداية ظهور دليل التشخيص الإحصائي الثالث (DSM-III)، و يقدم ميلون و دافيس تزيحاً

مشوقاً عن فكرة اضطراب الشخصية، حيث لاحظنا أن مفهوم الشخصية و اضطراب الشخصية يرجعان إلى اليونانيين و الرومانيين القدماء.

و مع ذلك فالمفاهيم الأكثر حداثة قد كانت لها تأثيراً أكبر على الآراء المعاصرة الخاصة بالشخصية المضطربة، و تشمل الآراء أفكار اثنتين من الأشخاص المؤثرين في تاريخ الطب النفسي و علم النفس، و هما إميل كرايولن و سيجموند فرويد، فقد كتب كرايولن (أبو التشخيص في الطب النفسي) عن الشخصية المضطربة في الطبعة الثامنة من مرجعه الخاص بالطب النفسي في عام ١٩١٣، كما كان فرويد (أبو التحليل النفسي) مهتماً بدور العقل الدفاعية اللاشعورية (الاستراتيجيات اللاشعورية لتجنب القلق) في تطور أنماط الخلق سينة التكيف، و هو مصطلح آخر للشخصية.

و قد بدأت دراسة اضطرابات الشخصية كصفات تشخيصية متميزة في عام ١٩٨٠ مع نشر الطبعة الثالثة من دليل التشخيص الإحصائي، و بالرغم من أن اضطرابات الشخصية كانت معروفة في التشخيص الطب النفسي، إلا أنه بشكل سرغوب أو غير مرغوب قد اكتسبت تلك الاضطرابات اعتباراً هائلاً من الأكاديميين و المنظرين و الباحثين، لدرجة أنه في نطاق سبع سنوات أصبحت مجلة اضطرابات الشخصية Journal Of Personality Disorders، و بالإضافة لذلك شهد عام ١٩٨٨ تأسيس جمعية اضطرابات الشخصية، و منذ ذلك الحين ازدهر البحث الخاص باضطرابات الشخصية.

ما هو اضطراب الشخصية:

هناك من عرف الشخصية المضطربة على أنها شخصية غير طبيعية... وهي التي بسببها لا يتمكن لامل هذه الشخصية من التكلم و التعامل مع التغيرات التي تطرأ على حياة الفرد، و تسبب عدم المرونة هذه صعوبات في الحياة الاجتماعية و المهنية و الشخصية و الدراسة لامل الشخصية الغير طبيعية، و تبدأ

بواند هذه الشخصية الغير طبيعية عادة في فترة المراهقة، و تتحكم في الطرق التي يستعملها الفرد في تعامله مع الأفراد الآخرين المحيطين به، و كيف يسيطر المرء على لفعالاته

و يصعب تحديد اضطراب الشخصية لأنه يحتاج إلى اتفاق على تحديد كل من الشخصية Personality، والاضطراب Disorder، فالمعهم أن قد كنا محور جدال مائل في معظم تارخ علم النفس و الطب النفسي، فقد حددت الشخصية باعتبارها "نظام حاصل بسمات داخلية ثابتة لدى الأفراد، و الذي يساهم في تساق سلوكها"، و يستخدم الاصطلاح "اضطراب" ليس للإشارة إلى هوية الممرض، بل للاحظ ببساطة أن سلوك الفرد يسبب اضطراباً في حياته و حياة الآخرين.

ولحد الأسئلة الهامة التي نؤخذ في الاعتبار عند التفكير في اضطرابات الشخصية هو ما إذا كانت اضطرابات الشخصية هي كيونات (مثل مريض السرطان)، أو ما إذا كانت ببساطة ما نسميه الأبنية المعرفية الاجتماعية عبارة عن مفاهيم نبنيها أو نبنيها على نحو مشترك لأنها تساعدنا على الإحساس بعالم مضطرب أو نخدم أهدافاً اجتماعية، مثل مساعدتنا على أن نقرر من هم الأفراد الذين نسميهم مريضين.

في الحقيقة هذا هو أحد الأهداف الاجتماعية التي يخدمها دليل التشخيص الإحصائي (DSM)، و بشكل أفضل أو أسوأ يساعد المتخصصين وغير المتخصصين على أن يقرروا من هو الموي أو العادي و من هو الشاذ أو المريض.

فطبقاً للدليل التشخيص الإحصائي للوابع فإن اضطراب الشخصية هو نمودج نغم من خبرة دلطية و سلوك يحرف بوصوح عن توقعات ثقافة الفرد و هو شامل و غير مرر و له بروغ في المراهقة أو بدلية الرشد، و هو ثابت على مر الزمن، و يؤدي إلى الأذى و الكرب.

و يعتبر تعريف دليل التشخيص الإحصائي الرابع لاضطراب الشخصية تعريفاً جيداً و ذلك للمجهين التاليين.

أولاً: أنه عرف الشخصية كنموذج ثابت و شامل للخبرة الدلالية و السلوكية.
ثانياً: تصوره بأن الاضطراب يتسق مع معظم التعريفات الأخرى في اعتماده على المدى الذي يخبر فيه الفرد الأسى أو الكرب بطريقة ما.

و في أيجلز يُمكن القول أن الشخصية المضطربة هي الشخصية التي تنطوي على خصائص معينة تتسبب في اضطراب توافق الفرد مع نفسه أو مع الآخرين، مع شعوره بعدمعانة و عدم السعادة لوجود مثل هذا الاضطراب.

و نظراً لعمومية اضطرابات الشخصية، فقد لا يرى الفرد مشكلة مع خصائص شخصيته، و بالتالي يمكن تشخيص اضطراب الشخصية إذا ما تسبب الاضطراب في شعور الفرد بالتماسة و المعاناة أكثر من المعتاد، و قد تسبب اضطرابات الشخصية المعاناة المحيطين بالفرد و زملائه في العمل أو أطفاله أو زوجته، و ما إلى ذلك أكثر مما تسببه للفرد نفسه.

تسبب أنواع اضطرابات الشخصية وماير تشخيصها

هناك الكثير من أنواع اضطرابات الشخصية و التي تترك طبها الطماء في النقاط التالية:

- ١- اضطراب الشخصية البارافرويدية:
- ٢- اضطراب الشخصية شبه النصابية (الشيفسامية):
- ٣- اضطراب الشخصية نصابية النوع:
- ٤- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (الميكروباتية):
- ٥- اضطراب الشخصية الحدية:

٦- اضطراب الشخصية الهستيرية:

٧- اضطراب الشخصية الفرجسية:

٨- اضطراب الشخصية التجنبية:

٩- اضطراب الشخصية الاعتمادية (المعتمدة):

١٠- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية:

ولما يلي عرض مختصر لتلك الاضطرابات وأهم المعايير التشخيصية لها:

أولاً. المعايير العامة لتشخيص اضطرابات الشخصية:

يمكن تشخيص اضطرابات الشخصية بصفة عامة كما يلي:

١- نمط ثابت من الخبرة الداخلية وسلوك متحرف بشكل واضح عن الثقافة التي

يعيش فيها الفرد ويظهر هذا النمط في اثنين أو أكثر من الجوانب الآتية:

- المعرفة (أي طرق إدراك وتفسير ومعرفة الذات والأشخاص الآخرين والأحداث).

- الوجدان (أي مدى اضطراب الانفعال وشدة، وعدم ملائمته للاستجابة الانفعالية).

- اضطراب الأداء البينشخصي (علاقة الفرد بالأشخاص الآخرين).

- عدم القدرة على ضبط الدوافع (الانفجارية).

٢- يكون هذا النمط ثابت غير مرن ومستمراً وشاملاً لمدى واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية.

٣- يؤدي النمط الدائم إلى أذى أو كرب أو تلف في مجالات هامة من الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرها.

٤- يكون النمط ثابتاً وداوياً طويلاً، ويمكن تتبع ظهوره في الماضي على الأقل.

في المراقبة أو بداية الرشد.

٥- لا يرتبط النمط. قد يمتدح يظهر أو عواطف أي اضطراب عقلي آخر.

٦- لا يرجع النمط الثابت إلى التقديرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً (مثل، سوء استخدام العقاقير، أو العلاج بالأدوية النفسية) ولا يكون نتيجة حالة طبية عامة (مثل، صدمة بالرأس).

ثانياً أنواع اضطرابات الشخصية و معايير تشخيص كل منها:

١- اضطرابات الشخصية البارانويديّة Paranoid Personality Disorder

اضطراب الشخصية البارانوية هو نمط من الشخصية المولعة بالجدل والدفاع، يؤدي بها إلى العدوانية المعرلة، وتتسم هذه الشخصية بالشمسية الزائدة، والاهتمام الشديد بالمعالي والدوافع الخفية، بالإسفاف إلى انقسامها بالتصليب وبالصرامة والقسوة.

وعادة ما ترتبط تلك الشخصية بقدرة عقلية عالية وبذاكرة قادرة على تذكر المعلومات، بتفاصيلها الدقيقة وبخاصة توافه الأمور التي حدثت في الماضي، كما تميل إلى المحافظة على وجود مسافة اجتماعية في العلاقات الشخصية المتبدلة، والتي هي بالتالي علاقات غير مرصية عادة.

والشخصية البارانوية أو ما تسمى بالشخصية الاضطهادية تتميز بوجود تفكير اضطهادية تجاه أغلب من يحيطون به مع كثرة التمر والسكوى من أن الناس لا يقررونه، كما أنه كثير المشاجرة حتى مع أقاربه الحميمين، كما تتسم شخصياتهم بالغرور والكبرياء والشعور بالاضطهاد السياسي.

والشخص الذي يعاني من الاضطراب الاضطهادي كثير التمر، والشك في دوايا الآخرين، ويعرف عادة عن إظهار الثقة في الآخرين لحرفه من أن يفصح عن أشياء قد تستغل صده فيما بعد، وهو شديد الحساسية للرفض، أو لسوء نوايا

الأخرين، ولهذا فليس سافراً أن تجد هذا الشخص مبالاً لالتهمهم و القعدوان على الآخرين لسجرد إحصائه بأن الآخرين ينتقدونه أو يضمرون له بعض السوء.

و اضطراب الشخصية الاضطهادية يختلف عن الاضطراب الذهاني المميز لبرائتوا القسام، فهي عادة لا يكون اضطراب التفكير في حالات اضطراب الشخصية الاضطهادية واضحة او مميزاً بالمثل الذي يجد في حالات الذهاني.

و اضطراب الاضطهاد يختلف عن المشاعر المعتادة التي تصيب العاديين أو المبدعين عندما يشعر الواحد منهم بوجود ظلم خارجي واقع عليه مما يحرمه من فرص النمو و التعبير المتاحة لغيره، فالاحتكاكات في الحالات الأخيرة أمر تتطلبه معايير الصحة النفسية لأنه قد ينتهي بتوقف لدى خارجياً وقع بالمثل أو كان وشيك الوقوع، و هو احتياج و الفصال مشروع، و يرتبط بشخص أو بموقف محدد يدركه الشخص كما يدركه المحيطون به.

أما الاضطراب الاضطهادي فهو لا يرتبط بموقف محدد، و يظهر في سياقات متعددة و مع طائفة كبرى من الأشخاص حتى المقربين منهم (كما في حالات فشله بدون مبرر في إخلاص زوجته أو وفاء صديق عمره، أو حس نوايا لقربه و رملاء العمل).

وتبدأ إحساسات الشخص البارائويدي بعدم الكفاية منذ الطفولة المبكرة، و تزداد شدةها أثناء الطفولة المتأخرة و المراهقة حيث يتعرض الفرد للرغص و الكراهية من والديه ومن الآخرين، و على ذلك ينشأ لديه الاعتقاد بأنه عديم الأهمية و أن العالم من حوله يحقد عليه و يكن له الكراهية، الأمر الذي يؤدي به إلى التشكك في الآخرين، فلا يستطيع تكوين علاقات وثيقة معهم.

و نتيجة لهذا أيضاً فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية البارائويدي يرفضون العلاج النفسي في معظم الحالات ولا يستقنون منه إلا قليلاً،

تجد ثريد هذه الوسيلة من العلاج من استئثار المريض وتشككه.

ونستطيع مما سبق الأتماط السلوكية للشخصية الجبار قويدية أو الاضطهادية كما هو موضح فيما يلي.

تظهر الشخصيات الجبار قوية بظلة مفرطة تجاه القية وعدم ثقة مؤمنة في معظم النفس، وهم يرون أنهم على حق من الناحية المعنوية، وأنهم مستهدفون ومحسودون، ويرون الآخرين أنهم أقل كثيراً من أن يتسموا بالكمال، ونتيجة لذلك فإن قاعدة معلوماتهم مشوهة باستمرار ووجنتهم محدودة، وبالتالي فإنهم يجدون من الصعب التكيف على نحو مقبول مع المواقف أو العلاقات الجديدة المتناقضة بسبب بظنتهم المفرطة للينة، وعلى نحو متناقض سيكونون على نحو متكرر صاندين في لزهم بأن الناس الآخرين ضدهم.

وبإلا لم يكن لهؤلاء الأفراد ثقة مطلقة تقريباً في الشخص الآخر، فإنهم لا يمكن أن يدموا ودا ويبحثون دائماً عن طرق متنوعة للاكتفاء الذاتي، وهم يتجنبون التقديرات التفاعلية الخاصة بتجارب علاقة ذات معنى، ويميلون إلى أن يكونوا مشاكسين، على سبيل المثال: قد يكتبون خطابات سلبية للشخصيات العامة أو يرفعون قضايا قانونية مبنية على أسس قانونية، وغالباً ما يلتزمون للعلاج دون إيجاب من الآخرين.

ومن أجل بناء علاقة بالشخصية الجبار قوية أو حتى علاجها، فمن الضروري اكتشاف ثقتها عن طريق التمتع العاطفي، ولكن ليس عن طريق المشاركة في أتماط الاضطراب، ومن الضروري بصفة خاصة التمتع العاطفي مع المواقف والتفط بها بالنسبة لسلوكه مثل هذا الفرد، مثل العزلة ويكونه غير مفهوم أو بالرفض الشخصي المتبادل الذي يبدو ضاماً للجبار قويدية.

والاعتقادات الأساسية التي غالباً ما يفضل بها الجبار قويدية هي:

١- إنني فريد والأخرون محزونون.

٢- يمثل الآخرون أحطائي.

٣- من المعقد دائماً أن تكون حذراً.

٤- إن الأحداث السلبية تنتج بشكل مقصود من الآخرين.

٥- إن الناس الذين يتقون في الآخرين ويقتلون بالفكرهم أغبياء، وأنا لا أستطيع أن أكون على هذا النحو.

ومفهوم المجتمع الزائف Pseudo community للبارتويدي يجعله غير قادر على أن يتواصل بحرية مع الأشخاص الآخرين، حيث يوجد له نموذج خاص بإيجاد خطأ مع الآخرين كنتيجة لنمو لاجتماعي قاصر، ويطلق هذا المعجز مشكلة حينما يكون البارتويدي تحت ضغط لأنه لا يستطيع أن يدمج مدرسته مع تلك الخاصة بالشخص الأخرى أو لا يستطيع أن يفترض منظورات الأفراد الآخرين، واعتماداً على وسائله الخاصة، يستمر في سوء إدراكه ويميد بناء الحقيقة لتتفق مع إدراكه المشوهة، وحينما تبلغ مدرسته ذروة التثوية يعتقد أن المجتمع يدبر ضده مزامرة، ولأن هذا غير حقيقي يقال عنه أنه يعيش في مجتمع زائف.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية البارتويدية.

يمكن تشخيص اضطراب الشخصية البارتويدية من خلال الأعراض الآتية:

١- يترفع دون أسباب كافية أن يقوم الآخرون باستغلاله أو إلحاق الأذى والضرر به.

٢- يشك دون مبررات في مدى إخلاص الأصدقاء والمخالطين له أو المحيطين به ومدى الوثوق بهم.

٣- يستخلص معاني من شئها أن تعمل على التفتير من شقة أو تهديد مكنته وذلك من ملاحظات وأحداث لا ضرر منها.

- ٤- يحمل الصعوبة في نفسه ولا يتسامح أو يتساهل مع تلك الإهانات أو التلميحات أو الأخطاء البسيطة التي تصدر عن الآخرين.
 - ٥- ينتظر من الوثوق في الآخرين بسبب خوف لا مبرر له من أنه سوف يقومون باستغلال ما لديهم من معلومات عنه ضده.
 - ٦- يشعر بالإهانة أو الاستخفاف بشأنه بسهولة مما يحطه بثور ويغضب أو يقوم بالهجوم على الآخرين.
 - ٧- يشك دون مبرر في مدى إخلاص زوجته له وأصدقائه.
- ٢- اضطراب الشخصية شبه الفصامية (الشخصانية):

Schizoid Personality Disorder

هو نمط من اضطراب الشخصية يتم بضعف القدرة على تكوين علاقات اجتماعية جيدة، ونتيجة لذلك فإن الشخصية شبه الفصامية تكون خجولة ومسحبة اجتماعياً، و الأفراد الذين يتممون بهذا الاضطراب يكون لديهم صعوبة في التعبير عن العداية و تأكيد الذات لأنهم قد تسحبوا من معظم الاتصالات الاجتماعية.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية:

و اضطراب الشخصية شبه فصامية هو نمط شامل و عام من اللامبالاة بالعلاقات الاجتماعية، و يمدد أمدى محدود من التعجيرات و الخبرات الانفعالية يبدأ مع بدايات البلوغ، و يتجلى في مبالقات متعددة و متنوعة كما ينصح في أربعة على الأقل من الأعراض التالية:

- ١- لا يرغب الفرد في إقامة علاقات وثيقة أو حميمة مع الآخرين بما في ذلك العلاقات العائلية ولا يستمتع بمثل هذه العلاقات
- ٢- يحتار في ألعاب الأنشطة الفردية، ويعصل التيام بها.

٢- يجد منعمة حقيقية (إن حدث ذلك) في قلة عدد الأنشطة التي يشارك فيها أو يقوم هو بها

٤- لا تظهر عليه أي رغبة أو لا يجدى أي رغبة في إقامة علاقات جنسية مع شخص من الجنس الآخر.

٩- لا يبالي بما يوجهه الآخرون له من نقد، كما لا يبالي لو صاب بمنهم له.

٦- لا يوجد له لصديقاء حميمون أو من يقوم بالإسراف إليهم بمكتوبات صدره، غير تقاربه من الدرجة الأولى.

٧- يبنو عليه البرود الانفعالي والتباعد العاطفي.

٢- اضطراب الشخصية فصامية النوع: Schizotypal Personality Disorder

الشخصية فصامية النوع تختلف عن الشخصية شبه الفصامية، حيث أن الشخصية فصامية النوع تعنى بوجه عام أن الفصام بدقته قد تجسد في شخص يمارس حياته ظاهرياً بالأسلوب العادي، فهو شخص لا يبالي ولا يصنع علاقات بأي درجة من السطحية أو العمق، ولا يشعر ينقل ظله على الآخرين، ولا يعترف بأي مساحة خارج حدود دقته (جغرافيا)، ويصعب بشكل أو بآخر في إقامة صوة ونمو من حوله بالمعنى الأشمل للنمو.

وتسمد الشخصية الفصامية بعدم القبلت الانفعالي، والشك الصريح، والحدوثية تجاه الآخرين - بعكس الشخصية شبه الفصامية - وشذوذ التفكير.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الفصامية

اضطراب يمتد للشخصية الفصامية هو يمتد عام وشامل من النقص في الارتباط بعلاقات مع الآخرين، مع تميز كل من التفكير والمظهر والسلوك بحصائص غير مألوفة أو غريبة يبدأ ظهورها مع بدايات البلوغ، وتظهر في

سبقت متعددة ومتنوعة تتضح في حماسة على الأكل من الأعراس الثقافية:

١- قلق اجتماعي مبالغ فيه من جانب الفرد كالانزعاج الشديد في المواقف الاجتماعية التي تتضمن العرباء مع وجود خوف بارز قوي و أفكار سلبية عن الذات.

٢- تسود لدى الفرد معتقدات شاذة تؤثر على سلوكه ولا تتفق مع المعايير الثقافية السائدة ولا مع المعايير الثقافية الفرعية مثل الاعتقاد في الخرافات أو التشاؤم والاعتقاد في إمكانية قراءة أفكار الآخرين والتدخل أي نقل الأفكار، والشفافية أو ما يعرف بالحاسة السادسة، أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فتسود لديهم حيالات مضطربة و غريبة.

٣- يمر الفرد بعمليات إدراكية غريبة أو غير عادية تتمثل في إوهام الشعور بوجود قوى أو أشخاص غير موجودين أمامه بالمثل، و هو ما يعرف بالضلالات الجسمية.

٤- يبدو مظهر الفرد و سلوكه شاذاً و غريباً كعدم الاهتمام بالمظهر، و التورم السلوكية الشاذة و التحدث مع النفس.

٥- لا يوجد استنقاء جسموني للفرد يمكن له أن يرضى إليهم بمكونات صدره حيث لا يتعدى استنقاؤه لقربه من الدرجة الأولى.

٦- يصدر عن الفرد كلام شاذ أو غريب يفكر إلى الترابط أو التماسك، كما بعد ذا مفردات قليلة مما يجعل هذا الكلام قديراً في مفرداته إلى جذب له يتم بالخصوص و الإبهام أو التجريد غير الملائم، كذلك فمن الفرد يكثر من القول في موضوعات جاذبية عديدة.

٧- حدوث قصور و عدم ملائمة في الوجدان.

٨- يشك الفرد في كل شيء و كل من حوله، و يرتكب منهم بدرجة كبيرة كما تسود

لديه الأفكار البارزوية.

٤ - اضطراب الشخصية المصادة للمجتمع (السيكوباتية).

Antisocial Personality Disorder

لقد استخدم اصطلاح "الجبن الحقي" أو "الأخلاقي Moral Insanity" في أواخر القرن التاسع عشر ظهر اصطلاح الشخصية السيكوباتية على يد كوك Koch لكي يشير إلى هؤلاء المرضى الذين لا يمكن تصنيفهم ضمن أية فئة من فئات المرض العقلي.

وفي عام ١٩٣٠ استعمل الاسكندر Alexander اصطلاح الشخصية السيكوباتية باصطلاح آخر هو "الشخصية العنصرية" ويقصد بها شخصية المريضة نفسيا بمرض يتناول الجانب الخلقى في الإنسان، وكان الاسكندر يقصد بذلك تأكيد الفئسة السيكولوجية أي النفسية في هذا الاضطراب

و لكن في حائل هذا الوقت اقترح باتردج Patridge اصطلاح الشخصية المضادة للمجتمع لكي يؤكد أن هذا الاضطراب عبارة عن سوء تكيف اجتماعي أكثر من كونه سوء تكيف نفسي، و منذ ذلك الحين و الاصطلاح يستعمل بالتبادل ليشير كل منهما إلى الشخصية المضادة للمجتمع، و معنى بذلك اصطلاح السيكوباتية و السيكيوباتية، و لكن في الاستخدام الحديث المعاصر يفصل اصطلاح السيكيوباتية.

والسيكوباتيين لا تبدو عليهم أعراض نصية أو عقلية أو جسمية بالمعنى الذي يجده في حالات العصاب أو المرض العقلي (الذهلي)، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكا متزنا أو عاقلا على الإطلاق.

إن السيكيوباتية ليست مرضا عقليا أو مرضا عصابيا نفسيا أو ناعرا عقليا أو مرضا جسمانيا، إذ أن أهم ما يميز السيكيوباتي هو قبحه لثقافة اجتماعيا، و يتسم

من طموحته بالشغب و المذاوشة و لا يكثر فيه مدح أو دم ولا ثواب ولا عقاب، فهو دائماً خارج عن التقاليد و العظم.

و يعتبر عادياً في قدراته العقلية، إلا أنه لا يعبأ بالمسئولية، ولا يتخطى أبداً عن سلوكه الطغى، و تبدو بعض تصرفاته غريبة و كئيها تصدر عن عقل مريض إذ قد يكون غنياً وفي غير حاجة إلى المال إلا أنه يلجأ إلى السرقة لمجرد اللذة، و قد يملك سيارة فخرى سيارة أخرى فيقودها و يقذف بها من قمة الجبل و يعود إلى سيارته ثانية كأنه لم يعمل شيئاً غريباً، و هو يتصور عادة بالطرف و القدرة على اجتذاب حطب الغدير و إعجابهم به و صدقتهم له بالرغم من أنه لا يؤمن له ولا يوثق فيه.

سائير تشخيص الشخصية السيكوباثية أو الخدعة المجتمع:

أ- وجود نمط ثابت و شامل من التجاغل و احتساب حقوق الآخرين و يبدأ من بداية الخامسة عشر من العمر، و يتحدد بثلاثة أو أكثر من الأهراس التالية:

١- الفضل في الامتثال للمعايير الاجتماعية، و اختراق أو كسر أشكال السلوك القانونية، و يتكرر القبض على الشخص المضاد للمجتمع.

٢- الميل إلى الملاحظة كما يبدو في تكرار الكذب أو الظهور بمظهر رجل محترم، أو خداع الآخرين من أجل تضليلهم و كسب ثقتهم فيه.

٣- الاندفاع و التهور.

٤- الهياج و الحداقنة كما يبدو في المشاجرات و التهجمات البنيوية.

٥- التهور و عدم تأمين نفسه أو الآخرين.

٦- عدم تحمل المسئولية بشكل دائم، و الفضل المستمر في الاستمرار في عمل واحد أو تحقيق دخل مادي ثابت بطريقة مشروعة.

٧- عدم الشعور بالندم و تكرار إيذاء الآخرين و سرقاتهم.

ب- يكون عمر الشخص ثمانية عشر على الأقل.

ج- يوجد دليل على وجود اضطراب الاتصال قبل عمر الخامسة عشر.

د- لا يكون اضطراب السلوك المضاد للمجتمع أثناء تطور القسام أو نوبة الهوس.

هـ- اضطراب الشخصية العنيفة (البيئية):

Border line Personality Disorder

الشخصية الحدية هي تلك الشخصية التي تقع على الحدود التي تفصل بين الصحة والمرض، بحيث إذا وقف الإنسان على هذا الخط الفاصل فهو ليس مريضاً وهو ليس سويّاً، أو هو مريض أحياناً وسوى أحياناً أخرى، وحالة المرض لا تستمر إلا ساعات أو أيام قليلة، وكذلك حالة السوية.

وصاحب هذه الشخصية لا يمكن أن نراه على حال واحد ثابت ومستقر، فقد نراه على صورة معينة وإذا صغفناه مرة أخرى نراه على صورة أخرى متناقضة مغيرة أي مختلفة تماماً، ولهذا لا يمكن التوقع أو التكيد بالسمية له، ويعتبر عدم الاستقرار والتغير من حال إلى حال من أبرز وأهم سماته، لذا فتتسم علاقته بالأخرى بالتذبذب الشديد والذي يرجع إلى التناقض الغريب الذي يصيب حالته المزاجية.

ويقع المصابون بهذا الاضطراب على الحافة بين المصاب والذهلي، وقد أطلق على هذا الاضطراب عدة اصطلاحات معها القسام المتغير، و القسام الحصابي الكاذب، والشخصية دهقية السمات، والشخصية غير المستقرة عاطفياً.. ويميز الشخصية الحدية اضطراب الهوية الثابت وعدم التحديد في تولي الحياة المختلفة مثل صورة الشخص عن نفسه وأهدافه اليميدة، واختيار العمل ونوع الأصدقاء والمثيريك الجنسي والقيم التي يتبناها، وغالباً يشعر بعدم الثبات لمصورة الذات كإحصاء مزمن بقرائح.

ويصلح اضطراب الشخصية الحدية ملامح من الاضطرابات الأخرى للشخصية مثل اضطرابات النوع والجنسية والفرجسية والمضادة للمجتمع، وخلال فترات الضغط الشديد قد تحدث أعراض ذهنية عابرة، ولكنها غير كافية لتجذب لعمل تشخيص إضافي.

ويمثل اضطراب الشخصية الحدية نمطاً شاملاً من عدم استقرار المزاج، والعلاقات مع الآخرين، وصورة الذات، والوجدان، والاندفاعية الواسعة، ويبدأ مع بدايات الرشد ويتجلى في سياقات عديدة ومتنوعة.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية:

يمكن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية كما يلي:

نمط متواصل من عدم الاستقرار أو التذبذب في العلاقات الشخصية المتبادلة وصورة الذات والوجدان، مع الاندفاعية الواضحة، ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية مرحلة المراهقة ويظهر في سياقات متعددة، ويتحدد بظهور خمسة أو أكثر مما يلي:

- ١- بذل الجهود الهيجانية لتجنب الهجر، مع ملاحظة أن هذا المعيار لا يتضمن السلوك الانتحاري أو إيذاء الذات.
- ٢- نمط من عدم الاستقرار الشديد في العلاقات الشخصية المتبادلة والتي تنقسم بالقلب أو التفرجح بين المثالية الشديدة والتحقير الشديد.
- ٣- اضطراب الهوية وصورة الذات.
- ٤- الاندفاع في مجالين على الأقل منمرين للذات على نحو كامن (مثل الإدمان في إتيان المال، والجس وسوء استخدام العقاقير، والقيادة بسرعة متهورة، والأكل بشراهة في الحلقات العلية)، مع ملاحظة أن هذا المعيار لا يتضمن السلوك الانتحاري أو إيذاء الذات المتضمن في المعيار الخامس.

٥- تكرار السلوك الانتحاري، أو الإيذاء به، أو التهديد بالانتحار أو سلوك إيذاء الذات.

٦- عدم الثبات الوجداني والذي يرجع إلى اضطراب التفاعل المزاجي (مثل عدم الاندماج الشديد للأحداث، والهباج، أو القلق المستمر عادة إلى ساعات قليلة، ولكنه نادراً ما يستمر لأيام قليلة).

٧- شعور مرعب بالترابح.

٨- غضب شديد غير ملائم ويصعب ضبطه (مثل الاستياء المتكرر والغضب المستمر، وتكرار حدوث المشاجرات العنيفة).

٩- أفكار بارانوية أو أعراض تشققية شديدة مرتبطة بالمعاناة من الضغوط العنيفة.

٦- اضطراب الشخصية الهستيرية: **Histrionic Personality Disorder**
تتسم هذه الشخصية بالأنانية التي لا حدود لها، وليس لديها ذرة عطاء للآخرين، وإذا أعطت فذلك أمر مؤقت مرهون بقضاء مصلحة أو حباً في الظهور، ولذلك فهي لابد أن تعلق عن عطفها حتى وإن كان في ذلك جرح لمن أعطت.

ويتسم الأفراد في هذا إلا بالمبالغة في التفاعل مع الآخرين حيث يلتصقون الاهتمام بهم والتعاطف معهم، مع الاستجابة للمواقف بشكل أكثر عنفاً وشدة مما هو معتاد أو مألوف، ويلاحظ أن أسباب وأعراض هذه الشخصية لا تتوازي أسباب وأعراض ما كان يسمى تقليدياً بصنف الهستيريا.

وقد تثير الشخصيات الهستيرية علاقات جديدة بسهولة نسبياً، كما يدنون قاندين على التوحد النفسي والاجتماعي، ومع ذلك فليس لديهم استبصار عميق لمستوياتهم الخاصة في علاقة معينة رغم أنهم قد يكونوا جذابين ومحبين جنسياً، إلا أن استجاباتهم غير المنضجة.

وكيفما كان يوجد جدل مستمر بالنسبة لما إذا كان هذا الاضطراب يحدث بصيغة متكررة لدى الذكور، ولكن من الواضح أن هذا الاضطراب موجود لدى الذكور، ومع ذلك تتوقع حدوثه بكثرة لدى النساء.

و الاعتقادات الأمامية الشائعة لدى الهستريين هي:

- ١- الامتناع أو الانتباه إلى التفاصيل تسمى فقد الحواس للحياة.
- ٢- إن الناس لن يهتموا بي بسبب أفعالي ولذلك أحاول جذبهم لي.
- ٣- إن رفضي مُجلب لكثرة.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الهستيرية.

نمط متواصل من الأنشطة المترابطة وجذب الانتباه، ويبدأ هذا النمط مع بداية الرشد ويظهر في سياقات متعددة، ويحدث بثلاثة أو أكثر من الخصائص التالية:

- ١- الشعور بالصيق في الموقف التي لا يكون فيها الشخص مركز اهتمام الآخرين.
- ٢- يشتم التفاعل مع الآخرين بالخواص الجسدية أو الملوكة، فالصباح.
- ٣- عدم الثبات الاتصالي مع سطحية العواطف.
- ٤- استخدام المظهر البدني اللافت للانتباه دقماً
- ٥- استخدام الأملوب غير الواقعي في الكلام الذي تنقصه التفاصيل
- ٦- حرص درامي للذات على نحو مسرحي والمبالغة في التعبير عن العواطف.
- ٧- القابلية للشديدة للإحباء (سهولة الفئز بالآخرين).
- ٨- يعتبر أن العلاقات أكثر تهويلاً من كونها علاقات فعلية.

٧. اضطراب الشخصية النرجسية. Narcissistic Personality Disorder

بشور مصطلح النرجسية الى سلوك الفرد عندما يعامل جسمه بطريقة مماثلة للطريقة التي يعامل بها عادة جسم موضوع جنسي آخر، وهو حينما يتأمله بجنى لذة جنسية ويظل يداعبه ويتقصه إلى أن يحقق إشباعا كاملا، ويرى فريد أن النرجسية إذا ما بلغت هذا الحد تصبح ذات دلالة تعريفية وبذلك تعي النرجسية الحب الموجه إلى صورة الذات.

وصاحب الشخصية النرجسية يعشق ذاته لدرجة تقف حائلا أمام عونه وعقله فلا يرى الناس إلا اقربا قلة قدر أو قل شفا منه، وهو مثل الشخصية السيكوباتية والشخصية الهستيرية لا يحمل مشاعر لأي إنسان ولا يتعاطف ولا يتألم من أجل أحد، ولا يصحى ولا يتأثر، ولا يعطى، وإذا أعطى فليس لأجل مصلحة، كما تقسم علاقته مع الآخرين بالاستغلال والانتهازية والأنانية، وبرجسيته تجعله شديد الحرص على نفسه وعلى صحته حتى يبدو دقما شبا وقويا، ويعتق كلما تقدم به العمر ويداهمه الاكتئاب الحقيقي إذا انتزعت من يديه السلطة أو مهدد عى دائرة الضوء والاهتمام.

وتتمثل الاعتقالات الأساسية الشائعة لهذا الاضطراب في:

- ١- أنا شيء خاص، فريد، من الصفوة.
- ٢- أحب أن اتحدى أو أفتن مع الآخرين.
- ٣- إن أي عيوب موجودة لدى فهي رجمة إلى التنشئة أو الدين السيئة لي.
- ٤- الإبرك، والاحترام كلها أمور ضرورية لي، ولأى الآخرين موجودون لتقديمها لي.
- ٥- المشاركة، أو حزمة الآخرين، أو أي سلوكيات غير فغية هي علامات ضعف وعلاقت على عدم التكامل النفسي لدى الفرد.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية النرجسية

يحدد كتيب التشخيص الإحصائي الرابع معايير تشخيص اضطراب الشخصية النرجسية كما يلي:

نمط ثابت من الشعور بالعلامة والعظمة إلى إعجاب الآخرين، ونقص التعاطف مع الآخرين ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية الرشد، ويظهر في سياقات متعددة، ويتحدد بحمسة أو أكثر من الخصائص التالية:

- ١- وجود إحساس متململ بأهمية الذات (مثل المجاملة في التحصيل والمواهب ويتوقع أن الناس يعرفون أنه كفء في كل إنجازاته).
- ٢- الانشغال في خيالات النجاح غير المحدود، أو القوة، أو الثقل، أو الجمال، أو الحب المثالي.
- ٣- يعتقد أنه شخص فريد من نوعه ولا يفهمه إلا الأفراد من نوى المكينة العالية.
- ٤- يحتاج لمزيد من الإعجاب.
- ٥- الإحساس بالأهمية والكرامة، أي توقفت غير محولة لمعاملة الناس له معاملة خاصة أو الانصياع لتطلعاتي لهذه التوقعات
- ٦- يتسم بالاستغلال خلال العلاقات الشخصية المتبادلة، أي يستفيد من الآخرين لتحقيق أهدافه الخاصة.
- ٧- يعتبر إلى التعاطف مع الآخرين ولا يشارك مشاعر الآخرين.
- ٨- غالبا ما يصد الآخرين أو يعتقد أن الآخرين يصدونه.
- ٩- يبدو متعجرفا مع سلوكيات وتجاهات متطرفة.

٨- اضطراب الشخصية التجنبية. Avoidant Personality Disorder

تتسم تلك الشخصية بالحيل والصراع بالنسبة للعلاقات الشخصية المتبادلة، حيث يرغب الشخص في عمل تلك العلاقات ويحجم عنها في نفس

أولت، وبهذا تختلف الشخصية التجنبية عن الشخصية مصلية النوع حيث توجد الرغبة في العلاقات الشخصية المتبادلة، كما تختلف أيضا عن الشخصية الحدية حيث لا تظهر درجة واضحة من الهياج والتقلب الانفعالي الذي يظهر في الشخصية الحدية.

ويقترّب هذا الاضطراب في نواح كثير من اضطرابات القلق حيث توجد درجة من القلق والامسى، وتقدير الذات المنخفض، ويتعلق القلق والاكتئاب لدى هؤلاء الأفراد بالرفض المدرك ونقد الآخرين، وهذا الاضطراب شائع لدى النساء، وأي اضطراب في الطفولة يتركز على العمل يُعزى من الفرد إلى اضطراب الشخصية التجنبية.

إن الشخصيات المتجنبة مصلية إلى أقصى مدى للرفض ويبدو أنها تحتاج إلى ضمانات سابقة بأن العلاقة سوف تنجح.
مظاهر تشخيص الشخصية التجنبية.

نمط ثابت مع قمع الاجتماعي، والشعور بعدم الكفاءة والحساسية الزائدة للتقديرات الملبية، ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية الرشد ويظهر في سياقات متعددة، ويحدد بأربعة أو أكثر من الخصائص التالية

- ١- تجنب الأنشطة المهنية التي تتضمن علاقات شخصية متبادلة هامة بسبب الخوف من الانتقاد أو عدم الاستحصل أو الرفض.
- ٢- يرفض التعامل مع الآخرين فيما عدا الأشخاص الذين يشجعونه.
- ٣- يبدى تفضلا في مجال العلاقات الحميمة بسبب خوفه من الحري أو السخرية منه.
- ٤- الانشغال مسبقا بما يمكن توجيهه إليه من نقد أو رفض في المواقف الاجتماعية.

- ٥- عدم الإقبال على المواقف الابينشخصية الجديدة لشعوره بعدم كفايته الشخصية.
- ٦- النظر إلى ذاته باعتبارها غير جديرة، أو الشعور بالدونية مقارنة بالآخرين.
- ٧- المقاومة غير العادية للقيام بأي مخاطرة شخصية أو الاتصال في أية أنشطة جديدة لأنها قد تكون مربكة.
- ٩- اضطراب الشخصية الاعتمادية (الاعتمدية).

Dependent Personality Disorder

وتتسم هذه الشخصية بالفشل في تحمل المسؤولية في المجالات الرئيسية في حياة الشخص، والاعتماد على الآخرين في اتخاذ القرارات الهامة ولتخلفان قدر الذات.

وتحتاج هذه الشخصية إلى الموافقة على السلوك التي تقوم به، وإلى الحماية والتشجيع، وقد تتضمن الصورة الإكلينيكية مظاهر القلق، وقد يبدو الزوج المصاب مثلاً في الاعتماد والالتكال على زوجته في كل القرارات الهامة.

وقد يضي مثل هؤلاء الأشخاص عواطفهم الصريح وينسحبون من أي مولف يمكن أن يثير العداء وهم ملبون هياجون خائفون في العادة، على أن العداء المنخفض وراء قشرة صلبة من التهرب والسلبية هو بالضرورة لا شعوري تماماً، ولو بدت العنصرية بشكل واضح، فإن التسمية يمكن أن تصبح (الشخصية السلبية الحوافية)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الاعتمادية:

الحاجة الثابتة والمستمرة لتلقى الرعاية والتي تؤدي إلى سلوك الخصوع والاتصال بالآخرين خوفاً من الانفصال. ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية الرشد ويظهر في سياقات متعددة، ويتحدد بحصة أو أكثر من الحاصلات التالية:

- ١- وجود صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية بدون وجود قدر متزايد من النصيح والإرشاد والتشجيع من الآخرين.
- ٢- يحتاج إلى الآخرين في تحمل المسؤولية في معظم مجالات حياته الخاصة.
- ٣- وجود صعوبة في الاعتراض على الآخرين بسبب الخوف من التقليد المساند أو الاستحسان، مع ملاحظة أن هذا المعيار لا يشمل المخاوف الواقعية.
- ٤- وجود صعوبة في البدء في أي مشروع أو عمل أي شيء من تلقاء نفسه (بسبب الاعتماد على الثقة في النفس عند إصدار حكم فصلا عن خصائص الدافعية والطاقة لديه).
- ٥- يسعى إلى اكتساب فكرة قدر من الدعم والمساعدة من الآخرين.
- ٦- الشعور بعدم الراحة أو العجز حينما يكون وحيدا للخوف الشديد من عدم القدرة على رعاية نفسه.
- ٧- يبحث بلهفة عن علاقة أخرى للرعاية وذلك عند انتهاء إحدى علاقاته الحميمة.
- ٨- الإفغال غير الواعي بالخوف من تركه يرحى نفسه بمفرده.
- ١٠- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

Obsessive-Compulsive Personality Disorder

إن صاحب الشخصية القهرية لديه تصور في التحجير عن عواطفه وأفكاره المحدودة في نقل احساس الحب والتعلق والمودة، أما الصفة القهرية التي يسم بها صاحب الشخصية الوسواسية القهرية فهي الدقة المتناهية في كل شيء، الدقة التي تفي بالكمال، ولكن الكمال الذي يبتغيه يكون من الصعب الوصول إليه نظرا لاهتمامه بدقته بالتفاصيل وكل الأشياء الصغيرة والمحافظة على الشكل المبني.

ولهذا فهو جريح ويحزن وهو ما يزل في منتصف الطريق، كما يشم صاحب الشخصية القهرية بأنه في شجر داف مع الآخرين ومع نفسه أيضا يعايشها

- ويؤذيها .. سميره متبظ وقلس يوحذه.. ويقلقه ويدفعه أحياناً إلى حد الوسوسة.
- وتختلف الشخصية الوسواسية القهرية عن اضطراب الوسواس القهري في الآتي :
- ١ - الشخصية الوسواسية القهرية دائراً ما تصبح وسواسيه بالحمية لقصايا معينة.
 - ٢ - الشخصية الوسواسية القهرية هي مطبئات ومرمن من الاضطراب، ولكنه لا يشير إلى سلوك محدد مثل حصول الأيدي المتكرر.
 - ٣ - لا يشعر الفرد في اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية بالقلق أو الانزعاج على حالته بل بسبب ضيق الآخرين من حوله.
- معايير تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية:**
- يحدد كتيب التشخيص الإحصائي الرابع معايير تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية كما يلي:
- مطب ثابت من الاضطلال بالتنظيم والكمال والتحكم العقلي و اليبشخصمي (انصباط الملاقة بالاشخاص الأخرين) مع نقص في المرونة والراحة
- ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية الرشد ويظهر في سنوات متحدد، ويتحدد بأربعة أو أكثر من الخصائص التالية:
- ١ - الاضطلال بالتفاصيل وقواعد النظام والترتيب أو الترتيب بدرجة يضع معها الاهتمام بالنقاط الرئيسية في الموضوع.
 - ٢ - يشد للكمال للدرجة تتعارض مع تكميل ما يقوم به (مثل: عدم القدرة على إكمال أي مشروع لأنه يطلب معايير صرفة جداً ولم تتحقق)
 - ٣ - الاكتراث والإحلاص في العمل والإنتاج والابتعاد عن أنشطة الاستمتاع والصدقة (ليس ذلك بسبب الحاجة إلى المال)
 - ٤ - وجود سمير فلسي وعدم المرونة في الأمور المتعلقة بالأخلاق أو القيم (لا يعد هذا المعيار صمم القوحد الثقافي أو الديني)

- ٥- عدم القدرة على رفض الموضوعات الفلكية والتي لا قيمة لها.
 - ٦- مقنونة أو معارضة المهام الموكلة إليه من الآخرين إلا إذا وافقه الآخرون على طريقة أدائه لهذه المهام.
 - ٧- البخل في إتمام العمل بحجة أن المال يجب إخراجه لمواجهة المستقبل.
 - ٨- الجود والبناء أو التعصب والصرامة والصلابة وعدم اللين.
- مباشراً: أسباب اضطرابات الشخصية**

أولاً- الأسباب البيولوجية:

تألمب الورقة دوراً كبيراً في اضطرابات الشخصية، وقد يكون اضطراب الشخصية لدى الفرد هو نفس الاضطراب المساند لدى العقلة، أو قد يكون اضطراب آخر هو المساند لدى العقلة، كما لوحظ أن هناك عدداً لا بأس به من اقارب ذوي اضطرابات شخصية مصابين بأنواع مختلفة من الذهولت.

وعلوة على ما سبق يرى بعض النظريات البيولوجية أن بعض الأفراد يولدون بعصائص بيولوجية معينة تجعلهم مستهضين للتنمية أنماط معينة من اضطرابات الشخصية، فالشخصيات المساعدة للمجتمع مثلاً قد يكون لديها استئارة منخفضة مزمنة للجهاز العصبي المستقل المرتبط بالاستجابات الانفعالية.

ثانياً، الأسباب النفسية.

- ١- توقف التنسج العصبي في الطفولة المبكرة تماماً بحيث يصبح النمو بعد هذا التجميد الطعلى مجرد زيادة في حجم الشخصية وليس إعادة تركيب مكوناتها، وكثيراً ما يظهر هذا في الأفراد قبل المراهقة

٢- إدراك الرفض الوالدي وخاصة لدى الأفراد ذوي الشخصيات المضادة للمجتمع، حيث يدرك الأطفال الرفض وعدم القبول أو الحب من قبل الوالدين، وهذا يجعل الأبناء لا يتبنون القيم المعنوية للوالدين.

٣- حدوث صراع شديد بين مكونات الشخصية (الهو - الإنا - الأنا الأعلى) أثناء مراحل نمو الشخصية، فلا يتحقق توازن وتوافق الشخصية، حيث يصبح "الإنا" غير قادر على التوفيق بين درعفت "الهو" ومطلب "الأنا الأعلى" والواقع الخارجي.

٤- قد يؤدي تثبيت على مرحلة نمو نفسي جنسي معينة إلى اضطرابات الشخصية، مثل التثبيت على الشق الأول من المرحلة القسية فقد يؤدي إلى اضطراب الشخصية انصمامية، أما التثبيت على الشق الثاني من المرحلة القسية فقد يؤدي إلى اضطراب الشخصية الحدية، أما التثبيت على المرحلة لشرجية فقد يؤدي إلى اضطراب الشخصية البلقوية.

خلاصة عشر: علاج اضطرابات الشخصية

يلاحظ أن أساليب العلاج المختلفة لا يمكن أن تغير كثيراً من الخصائص الأساسية لاضطرابات الشخصية

ونستخدم الحقائق في علاج اضطرابات الشخصية قليل الفائدة، كما أن الكثيرين يفضلون العلاج الجماعي عن العلاج الفردي حيث يظهر في العلاج الجماعي أوجه التشابه والفرق بين المريض و الآخرين، كما يجد المريض الفرصة لتكوين علاقات ويتعلم أن يعيش مع الآخرين بالتحول من سلوكه لذلك يعتبر علاج اضطرابات الشخصية من أصعب ما يواجهه المعالجين النفسيين، ونرجع هذه الصعوبة للأسباب التالية:

- ١- عدم حضور المريض للعلاج إلا إذا تصادم مع المجتمع، والمريض عادة لا يهدف إلى تغيير سلوكه ولكنه يحاول أن يتخلص من الصعوبة المطروقة.
- ٢- إن أي محاولة لتغيير هذه الأنماط التي ثبتت تهدد باحتلال التوازن النفسي . ولو أنه توارى سبيل إلا أنه توازن بشكل ما - ولذلك فالمريض يقوم بالعلاج بالرغم من محبة بعض أفراد الأسرة إلا أن علاقتهم بالمريض قد استقرت على أساس توازن معين من ضمن مقوماته هذا النمط للشدة، ويعلمون لاشعوريا محاولة تغييره (ذلك يجب النظر إلى ديناميات الأسرة جميعها).
- ٣- بالرغم من صعوبة العلاج، فإن المريض وأهله قد يضطرون إلى المعالجة بالعلاج، وهنا ، تستخدم أهم الطرق العلاجية التالية:

١- العلاج النفسي:

وهنا يحاول المعالج أن يقدم علاقة وثيقة بينه وبين المريض، ويقدم له للمساعدة مع فهم دوافعه وإعطائه الفرصة لتقديم قضاياه، وبكسبه النصيح تدريجياً، كما يمكن إعادة نمو المريض وتكوين عادات جديدة.

٢- العلاج السلوكي:

ويهدف هذا العلاج إلى تغيير عادات المريض بالارتباط لشرطي واستخدام مبادئ الثواب والعقاب أو التكييف الإيجابي والسلبى للإبقاء على السلوك الجيد والتخلص من السلوك المرضي، ويستخدم هذا العلاج في الشخصيات المصدرة للمجتمع والتي تكمن الخمر حيث يمكن علاجها باستخدام العلاج بالتغيير.

٣- العلاج البيئي:

وفي هذا العلاج يتم تخفيف الضغوط التي تقع على المريض سواء كانت هذه الضغوط أكاديمية أو مهنية أو أسرية، ومحاولة حل الصراعات الأسرية سواء

بين الزوجين أو بين الوالدين والأبن، وذلك لمساعدة المريض على التكيف بطريقة أفضل.

٤. العلاج بالعقاقير.

يعتبر علاج العقاقير ذو تأثير محدود حيث أنه لا يبعد إلا في علاج الأعراض الطارئة مثل التوتر أو القلق أو الاكتئاب، وتستخدم مصادات القلق والاكتئاب في هذه الحالات، كما تستخدم مصادات الذهان في حالة اضطراب الشخصية البارنوية أو الفصامية.

الفصل الثامن

دراسات في علم النفس المرضي

الفصل الثامن

دراسات في علم النفس المرضي

الدراسة الأولى:

البناء العقلي المتصدع وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى
الطفل العامل.

الدراسة الثانية:

تأثير وفاة الأب على بعض المتغيرات الوجدانية والشخصية والقيم
لدى عينة من المراهقات.

الدراسة الثالثة:

بعض السمات الإكلينيكية للمعاقين حركيا " دراسة مقارنة "

الدراسة الأولى الهناء العائلي المتصدع وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى الطفل المصل "دراسة مقترنة"

١- المقدمة:

الأسرة هي الأرض التي تنبت فيها أول بدور الطفل، منها يرتشف كل القيم والمبادئ والأخلاقيات، وعليها يرتع وهو أس على نفسه، يجد من يحتضنه منذ أول إطلالة له على الدنيا، لا يحمل للفد هما، ولا يلعل من اليوم سوي المرح والسعادة واللعب، هي التي تحضنه، تمد يدها لتحضيه في السواء والمرص، وفي كل الأوقات، إنه بدونها بلا هوية، ولا كيال، ولا معنى، ولا قيمة، ذاته هي وجودها، بقاؤه مرهون بها، وجوده لا أهمية له ما لم تكن هي التي أنبته، تتركه يروع، يهرث ثمره، يقلب هبها، تصبر عليه حتي تجني معه كل الثمار التي سمحت هي بررعها، وكلما كل الفاتح كما لرادت وأراد، يجد في النهاية طفلا سويا من كل الوجوه، صحيا ونصيا وعقليا واجتماعيا، انماطه السلوكية متوافقة مع البيئة والأخرين، ذا انتماء لها وللوطن ولكل ما حوله.

والأسرة هي الفصل مكان ولا مكان سوي يمكن أن يمو فيه الطفل إلا لسنه، مع بدليته الأولى يمو ضميره وينطور معتمدا عليها ومتوحدا معها، إنه يوحده مع أبويه، يفعل كما يفعلان، يقلدهما، واعتماده عليهما، لا يحي في النهاية سوي أنه سيكون قد عرف المصوب من الخطأ، إذ أن يصبح الصمير ويموه فيما يتم بالمتوحد الاعتمادية على الوالدين خصوصا خلال مدوات حياته الأولى في الأباء يلعبون دورا مهما في توافق أولادهم، حصوصا فيما يتصل بنموهم وكيونتهم، بمعنى أن العلاقات الأبوية الحميمة تؤدي إلى التوافق النفسي لأولادهم، وإهمال العلاقة بينهم وبين أولادهم يؤدي إلى سوء التكيف والتوافق، والأبوة تحي الحب والرعاية للأطفال ومساعدتهم على النمو، إنها وطبيعة تؤدي بطرق متنوعة ولساليب مختلفة، كما أنها ترتبط بمو لعل متنوعة والأب على وجه الخصوص، هو من يجعل للأسرة وجودا، إنه يساعد ويؤيد

ويدعم الأسرة كلها، كي يجعلها وحدة واحدة متكاملة، والأم تستمد قوتها منه، وبه يمكنها أن تربي لولادها تربية سوية ولأهمية دورها وجودها في حياة أي إنسان، ينظر إليها على أنها أكثر وحدة جماعية مهمة في معظم المجتمعات، إنها ليست مهمة فقط في حياة الفرد، بل في حياة الأمم والمجتمعات والتغيرات السائدة في المجتمع.

وتبعاً لذلك فهي كنظام اجتماعي تعتبر من أكثر الجماعات تأثيراً بالتغيرات الاجتماعية فكما هي تؤثر في حياة الأمم والمجتمعات، فهي تتأثر بعدة عوامل منها: نظام التربية والتعليم، الرفاهية والرفعية الاجتماعية، والنظام الصحي، والأنظمة السياسية والاقتصادية والقانونية، وتأثرها هذا يؤثر على أفعال أفرادها ولتأثيراتهم وقيمهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم، والأسرة حين تقدم للطفل ما يليق لن تقدمه له حتى يحيا حياة كريمة، يستمتع فيها بكل لحظة في عمره، أو تعتبر أسرة إيجابية، ينظر لها على أنها الملجأ والرفعية، فيها الهدوء والنعيم والأمن العلم، ترزع الحب بين أعضائها فيحب بعضهم بعضاً، كل فرد فيها يتقبل ظروف الآخر، كل أفرادها يحصلون نوماً على دعمها النفسي، فصلاً عن أنها تؤمنهم ضد مخاطر المجتمع، وإذا لم تقم بما سبق نظراً إليها على أنها سلبية، يضم أفرادها بالعنف والتوافق ويوسفون سيكولوجياً بأنهم نرو لسطوريات عقلية أو أسرية.

ولأن الأسرة تتأثر بها عوامل عدة، لا تجعلها دائماً قادرة على أداء وظيفتها على الوجه الأكمل، ولأن الكمال مستحيل، لذا ينظر إلى صفات الأسرة النسوية على أنها (١) الصورة الوالدية ليست نموذجية أو مثالية، ولكن يبدو الولد على علاقة طيبة مع أبائه، (٢) الأم هي المانحة للحب والعطف والعنان وهي ليست سلبية، ترعى لولادها وتعارضهم في بعض المواقف، ولا يستغل موقعهم معهم كأمر لإلزامهم بسلوك محدد، (٣) أسر الأسوياء بها درجة من التقاهم تمثل الحد الأدنى لحلق جو أسري صحي ويمثل ذلك في وضوح الاندماج الوالدية وقبام كل ولد بنوره السلوكي الذي يتوقعه منهم أطفالهم.

إذا كانت هذه هي الصورة التي - على الأقل - يجب أن تكون عليها، فما بالنا بالأسر التي لا تستطيع أن تكون بمثابة الصلابة والأمن وما أشد ما يحتلجه الطفل على الأحص، فإذا لم يتوفر له حقه في أن يعيش آمناً، بسبب الظروف الأسرية الصعبة التي يمكن أن تتعرض لها الأسرة سواء أكان هذا بشكل كان يمكن للأسر تجنبه لحملة الطفل كحالات الطلاق، لم كان هذا خرجاً عن إرادتها كوفاة أحد الوالدين أو كليهما، أصيب الطفل بالعديد من الاضطرابات وما أكثرها، فمهما مشكلات تنطق بالدموع، ولحري بالاضطرابات الصلابة، وكذلك مشكلات الطلق، واضطرابات الكلام واللغة، وغير هذا كثير كذلك فإن من بعض ما يمنع من النمو المتكامل للطفل ارتبكه حالة المعيشة بالمزلة أو تعرض سيطرة الروحية للرياح التي تهددها بالعرق.

إن الطفل في حلقة إلى نوع من الوجود الإنساني المشبع من جانب الكبار وذلك في كل مرحلة من مراحل حياته حتى يكون قادراً على استبدال صفة بسلوك ثابت ومتزن، كما أن نموه يتأثر تملأ بالبيئة المحيطة به نفسياً ولجتماعياً، ومعاني الصبر من قصور شديد في حالة تعرض بيئته الأسرية للآزمات والثورات. لذا والطفل حين يعنى ظروف قاسية لا يحتملها، وحين يحرم من عطف الكبار ويعنى في طفولته من نقص الحبة الاجتماعية فإنه يظهر عجزاً في الاتصال وفي العديد من أنواع السلوك السوي.

إن الطفل أول ضحايا أزمة ظروف أسرية غير سوية، فإذا كمل هو محور اهتمامها وجل تقديرها في سواها ولتبعدها عن المشكلات التي تعترضها والتي قد تؤدي إلى تفككها، فهو أيضاً أول من تهب في وجهه رياح عصعها، فينتقل من حال إلى حال وتبدل لديه أمور كثيرة وتعاثره المشكلات والاضطرابات النفسية وغير ذلك، وقد يشك الأمر عليه وعلى عقله الصغير فيوجد نفسه مشرداً في الشوارع، أو عاملاً جافلاً أو عامل ترحيلة أو عاملاً في مصنع أو ورشة، ينهض بأعباء الكبار ويتحمل ما ينبغي عليهم أن يقوموا هم به، ويتعرض للعديد من المصايفات والمشكلات التي قد يدو بها الكبار والتي

قد لا يتحملها جسده الصغير. إن من بعض تلك المشاكل التي قد يتعرض لها الطفل حين تولجه أسرته ظروف قهرية واحتياطية تنعمه للعمل بالورش وهو في سن صغير هي موضوع مشكلة البحث.

٢. مشكلة البحث:

ببما نجح الإنس في تحقيق تقدم في العلوم فاق كل ما أعززه في الماضي خلال العقود القليلة السابقة، بولجّه اليوم مشاكل دلت أبعاد لم يسمع بها من قبل، ومن ثم تؤثر تلك المشاكل المتصاعدة على الأطفال أكثر من غيرهم، لأنهم يشكلون أغلبية سكان العالم، ولأنهم يشكلون مجمل عدد السكان في القرن الحالي الذي يقدر أن يتراوح بين ثمانية ملايين وأربعة عشر مليون نسمة، ولعل من أهم هذه المشاكل مشكلة عسالة الأطفال والتي انتشرت بشكل بارز ولم يعد ممكناً إيجاد حل لها، فأبعادها كثرة وخطورتها متشابكة. فهناك أسر لا تسمح لطفلها بالعمل مهما كانت هي تعالي، وأسر ليست في حاجة لعمل طفلها، وكذلك هناك أسر لا تهتم بطفلها وتتركه يعمل، وهناك أسر تهتم بطفلها وتتركه يعمل أيضاً.

والرأي لدى الباحثة أن الأمرين الأخيرين نوعان: النوع الأول: نوع تضطره الظروف القهرية لعمل الطفل، فالوالد قد يمرض لفترات طويلة، أو قد يموت أحد الوالدين مما يتولد عن ذلك مشكل انفعالية ومالية للطفل، يشعر أن هناك شيئاً ما اكسر والأسرة سارت مهددة، كما يشعر أن جزءاً من ذاته قد فقد، هذه الأسر تنفع طفلها للعمل لكنها تتابعه، تهتم به، تنتظر عودته لتربيته على كفته، تسأل عنه إلى عاب، تطلق إن طالت غيبته، أنها أسر تتألم لكنها لا تمكن حيلة إزاء ذلك والنوع الثاني: نوع تضطره الظروف الاحتياطية، فالأب يطلق الأم وقد كان قادراً ألا يفعل، والأم تهجر المنزل تاركة وراءها أطفالاً صغاراً لا تميا بهم وقد كثرت فقرة الأتفل، أو أن يموت هذا النوع لتفكك العائلي المستمر والشجار الدائم، والطفل يقف يتفرج ويحترز، وهو يتألم ولا يتكلم، هذا النوع الثاني هو مشكلة البحث، مشكلة الطفل العامل ذي الظروف الأسرية القهرية له،

الاحتيارية بامتدته، إتهم أصحاب التفكير الأسري، والطلاق، قلموز عور بير روجة الأب لو زوج الأم، المنفصلون و قيلوهم على قيد الحياة، المتبقون بير البيوت، وقد كان لبعضهم بيت. إتهم يقتنون التفاعل مع إيتهم وما لهذا من آثار نصية سيئة عليهم، ولتأمل معا بعض الأسر التي سمحت لأطفالها (بالإقامة بالأقسام الداخلية الملاحقة ببعض المدارس الخاصة) مما لدي إلي حرمانهم من الرعاية الأسرية المباشرة والمستمرة، هؤلاء الأطفال ليأثم على قيد الحياة، هذا الانفصال جعلهم أكثر سلبية وتفاعلية، وقلل في وضع ضوابط لأنفسهم مساعدتهم على النجاح في حياتهم.

كما وجد أن الطفل الذي ينحدر من أسرة فقيرة، وتزوج أمه يعيش عيشة رديئة والطلاق يقلل من توافق الأبناء، وتكثر صراعاتهم، ويكونون عصبيين وينعدم ثباتهم النفسي والأسرة التي لا تتيح لأطفالها بيئة لفعالية مواتية تدفع بهم نحو النمو السليم، مثل هذه الأسر تسي لأطفالها، ولا تساعد على توجيهه وتثبيت نموه المعرفي وبضجه النفسي والاجتماعي.

إن مشكلة أطفال البحث الحالي إتهم يتميزون بأنهم يقومون في فئتين، وكلاهما صعب على أنفسهم، الفئة الأولى. إتهم من أصحاب الظروف الأسرية الصعبة، التي يعتقد فيها بعضهم حنان الأم، والتي ثبت أن وجودها دائما بجوار طفلها يكون بمثابة إشباع لحاجات الطفل النفسية والجسمية ويعتمد به عن قلق هذا الوجود أمر جوهري يؤدي إلي تفاعل جيد بينهما ويتعكس أثره على الطفل، وإذا كل هذا هو الأمر بالنسبة للأم، فالأب أيضا حين يقيم علاقات مع طفله فإن هذا يؤدي به إلي ثبات الاتفالي والتوافق. إن الأسر التي لا تهتم بطفلها وتتركه ليعمل، الأسر نوات لتصدع العقلي هي الأسر التي يطلق عليها لسم "الأسرة المولودة للمرض" إتها الأسر التي تجرد لأطفالها من صفاتهم الإنسانية وتعاملهم كأنهم أدوات أو أشياء.

في البحث الحالي يتناول أسرتين بالبحث والدراسة الأولى: ظروفها صعبة لكنها ليست معروضة عليها، أسرة لم تحافظ على أولادها لمركبتهم يعملون وهم صغار، قضت على مستقبلهم العلمي نتيجة الوضع الأسري المتردي مع تزلزل البناء العائلي بفشلق الدائم بين الأبوين، أو تصدع واليهاب التماسكه لرواجي بينهما، مما يضطر الطفل إلى المعيشة مع أحدهما مع افتقاره لعطف الآخر ومحبته له ، والثانية: لا تعاني ظروف الأولى، الطفل يعيش في كنفها، لا يزال يلقي العنيفة والاهتمام، لم يسبق لأحدهم أن عمل من قبل، لا يزالون يتعلمون، هاتان الأسرتان يتماثل البحث بشأنهما عما إذا كانت هناك علاقة بين ظروفها - التي تدفع أحدهما إلى عمل لطفالها والآخرى التي تبقى طيبهم - وبعض الاضطرابات النفسية التي تصيب لطفالهما. وهل الظروف التي تجعل الطفل مضطراً للعمل وهو صغير، تلك الظروف قد تأتي بنتائج عكسية فتجعله معتمداً على نفسه مثبتاً لذاته. هذا ما يأمل البحث التحقق منه والكشف عنه.

٣. أهداف البحث:

الأطفال هم مرآة المجتمع، فيهم يستلعب المجتمع، أي مجتمع، أن يرى كيف يمكن أن تكون عليه صورة مستقبله وهم الذين سيروثون القرن القادم، هم جزء من الحاضر لكنهم كل المستقبل، هم ثورة الأمة والمستقبل المشرق لهذا العالم. فيقدر ما هم عليه من إعداد واستعداد يكون المستقبل، لذا فإن للأطفال علينا حقوقاً منها حق الغذاء والحماية بطفقته، وحق اللعب، وحق الأمن والأمان النفسي، وحق التقدير، وحق أن نتيج له أن يكون طفلاً أن يسمح له أن تكون له علاقات أسرية تنم بالمودة وتجعله آمناً، كذلك فإن من حق الأطفال علينا أن ننظر إليهم طفولتهم باعتبارها مرحلة بلوغ تالية، وإذا كل من حق الأطفال ألا نهمل رعايتهم، فإن من حقهم أيضاً الحب والدعم والمساعدة والرعاية طويلة الأمد.

إن منهج هذا البحث الحالي هو الكشف عما إذا لم تتوفر للطفل الظروف الأسرية الجيدة، تلك الظروف التي دفعته للعمل في سن مبكرة دون أن ينعم باللعب والمرح مثل باقي أقرانه ممن هم في سنه، فهل ذلك يؤثر عليه ويصعب الأثا لديه وينحو نحو العصاب، والذي هو التفاعل بين العصائية، وهي الاستعداد العصابي، وبين المواقف العصائية الصاعطة، وهي المناخ المناسب لنمو الموص. كما يؤثر على تقدير الشخصية لديه فيتجه نحو العدواني الاعتمادية ويكون سلبيًا وغير مستقر. كذلك يهدف البحث إلى التعرف إلى أي مدى تضطرب بسمية الطفل العامل، وما الفرق بينه وبين قرينه غير العامل الأُس الذي يعيش في كنف أهله، ينعم بالهدوء والسعادة. كذلك يسعى البحث إلى الكشف عما قد يسود بينهما من اضطرابات بسمية مشتركة باعتبار أن المجتمع الحالي بخصائصه وصعاقبه يؤثر بشكل مباشر على كل الأطفال، مع الأخذ في الاعتبار الظروف والحاصلات التي تخص كل طفل، وأخيرًا فالبحث يهدف إلى التعرف عما إذا كان الطفل العامل كبير السن تختلف خصائصه عن صغير السن، بحكم أنه قد تعرض على العمل وصار أكثر تقبلًا لحوائقه ورغبي بالواقع الذي هو عليه.

٤- أهمية البحث:

إن نسبة الأطفال العاملين تنتشر بشكل رهيب في كل أنحاء العالم، بشكل صعب، بل من المستحيل الحد منها تمامًا، لأنها تتفاقم يوما بعد يوم، فهي إفريقيا ١٢٠ مليون طفل عامل يعملون يوميًا كاملاً، يتراوح عمرهم بين ٥: ١٤ سنة هذا الرقم يصل إلى ٢٥٠ مليون طفلًا عامل إذا أضعنا إليهم من يعملون نصف الوقت. وهذه البيانات تم الحصول عليها من تقرير عن العمال الأفريقية الذي عقد في كينيا في الفترة من ٥: ٧ فبراير عام ١٩٩٨.

وحسب التقرير الآسيوي في الفترة من ١١: ١٣ أغسطس عام ١٩٩٧، وصل عدد الأطفال العاملين إلى ثلثي أطفال العالم ممن يعملون. أيضًا وفقًا لتقرير أمريكا اللاتينية الذي عقد في ٧ مايو عام ١٩٩٧، وصل عدد الأطفال

العمالين من ٢٠%، ٢٥% من مجموع الأطفال، وهم يعملون في سن من ٦: ١٤ سنة. وقد ذكر التقرير أنهم يعملون في ظروف خطيرة ومخيرة لآمنة وغير صحية، ويعانون من عدم الثبات الاقتصادي، ويصل معدل ساعات عملهم لأكثر من المسموح به، ووفقاً للتقرير النهائي للمؤتمر الدولي عن الطفل العامل "بيلسو" والذي عقد في الفترة من ٢٧: ٣٠ مارس عام ١٩٩٧، سادت الدول بالربط بين الظروف الأسرية الاجتماعية والاقتصادية للطفل العامل، وأن على الدول أن تسمح هذا في حسابها، فليها أن توفر الرعاية الطبية والتعليم للأطفال العاملين، ولت توفر لهم أفضل أنواع الرعاية والحماية، ولت تمنع استغلالهم، ولت نسن القوانين للمطالبة بحقوقهم المهذورة، خصوصاً وأنهم يُستخدمون حينما ورد في التقرير الذي بحث عن أسوأ الأشكال والصور التي يتعرض لها الطفل العامل - في أبشع صور - فهم يُستخدمون ويعملون في أعمال الدعارة والربا وفعل الفولنكس، والبنات تستخدم لأغراض غير شريفة، كما أنهم يُستخدمون كجنود حرب، وكعبيد.

لقد أجمعت معظم الدراسات على أنهم يتعرضون من أسر دول دخول صعبة، اقراء، بل إن بعضهم معدم، كما أجمعت كل الدراسات على اغتيال طفولتهم، ولت كل ما يوكل إليهم من عمل لا يتناسب وقدراتهم، ولت أعطوا فلا يأخذون حقهم كما ينبغي. ولخيراً تجدر الإشارة إلى أن من العوامل المنتجة في إحداث ظاهرة عمالة الأطفال، الفضل في التعليم، تعلم صنعة لمساعدة الاهل، الإتفاق الشخصي.

من خلال العرض السابق، تظهر أهمية البحث على السطح فهي تعد من الدراسات الميكولوجية القليلة التي تناولت بالبحث والدراسة الطفل العامل، كذلك فقد تسيرت الدراسة الحالية بأنها دراسة تتناول عيبتين من الأطفال العاملين، عينة الأطفال العاملين الصغار، وعينة الأطفال العاملين كبار السن والأخيرة لم تتناولها دراسة سابقة من قبل، إذ أن جميع البحوث تعاملت مع

عينات صغيرة السن كذلك، ففي الدراسات قد تعاملت مع عينات عاملة لم تكن لها نفس الخصائص التي تنتم بها خصائص عينة البحث الحالي.

وحسب حدود علم الباحث، ففي البحث الحالي يعد أول بحث يتناول متغيرات قوة الأنا وتقدير الشخصية والتوافق النفسي معاً في دراسة واحدة وعلى ذات عينات البحث، كما أن أهمية تلك الدراسة تكمن في أنها أول دراسة عرضت للدراسات والبحوث العلمية التي أجريت على الأطفال العاملين عبر محافظات مصر، وذلك من خلال الدراسات السابقة

في الباحث من خلال عملية التطبيق التي قمنا على عينات البحث رأي بميسره كم يعني هؤلاء الأطفال، لقد صرب يصصهم أسامه، شتم، فذب بالآلات الحادة، ولعل للبحث يساعد في الكشف عن اضطراباتهم لصنع ألدنيا عليها وبحاول مساعدتهم خصوصاً وفيه لم يكتف عنها من قبل في دراسة سابقة.

وثمة أهمية أخرى للبحث هو أنه يسعى لدراسة الفروق بين عينات البحث في متغيرات البحث التسعة، وإيضاً فهذه أهمية أخرى للدراسة في أنها سوف توفر لنا قدرأ من المعلومات عن الاضطرابات التي يعاني منها الطفل العامل، وأخيراً تأتي أهمية أن نتعرف إلي توافق الطفل العامل الكبير، هل هو توافق يماثل توافق الطفل الذي يعيش مع والديه ولا يعمل، باعتباره أكبر منا وأكثر خبرة وتمرس كثيراً في معتزكه الحياة. ولعل البحث في النهاية يزيح الستار عن سؤال يملل الإجابة عليه من خلال البحث وهو: هل لعائلة الطفل الصغير أو الكبير إيجابية؟ وإلى كل فما نوعهما؟

د مفاهيم البحث.

أولاً العدوان والعداوة: Hostility/ Aggression

يقصد بالعداء شعور داخلي بالخصم والامتناء والعداوة، هذا الشعور يكون موجهاً نحو الذات، أو الآخرين، أو الأشياء والمواقف ويظهر العدوان

بشكل اعظمي على هيئة بقول، أو شجار، أو تهكم لاذع، أو استهزاء بشخص ما وجعله مادة للسخرية، كما يظهر في شكل عدوان بدني على هيئة الصرب والركل والكم . الخ كذلك يتخذ صورة التكمير وإتلاف الأشياء من قصد أو الإطاحة بها.

ثانياً. الاعتمادية: Dependency

هي الاعتماد النفسي لشخص على أفراد أو آخرين ليجد التشجيع أو الطمأنينة أو العطف أو الإرشاد أو القرار وتظهر الاعتمادية في معر الفرد المتكرر للحصول على عطف وحضان وتأثير واستحسن وتشجيع وإرشاد الآخرين، وبصفة خاصة الأصغقاء أو المدرسين أو أفراد الأسرة.

ثالثاً. تقييم الذات: Self – Evaluation

يتعلق هذا المفهوم الفرعي بالمشاعر والاتجاهات والإدراكات المتعلقة بالذات اعتماداً على متصل طرفه الإيجابي المشاعر والإدراكات والاتجاهات الإيجابية نحو الذات وطرفه السلبي تلك المشاعر والإدراكات والاتجاهات السلبية نحوها، وتقيم الذات يقع في بعدين فرعيين مرتبطين هما:

أ. تقدير الذات: Self – Esteem

وهو تقييم الطفل لذاته بشكل عام فيما يتعلق بمدى أهميتها، ويشير التقدير الإيجابي للذات إلى قبول الفرد لذاته وإعجابه بها على ما هي عليه وإدراكه لذاته على أنه شخص ذو قيمة وجدير باحترام الآخرين.

ب. الكفاية الشخصية: Self – Adequacy

وهي مدى تقييم الطفل لكفاءته وكفايته للقيام بالمهام العادية ومدى قدرته على معالجة المشكلات اليومية والوفاء بواجباته بشكل يرضى عنه. وعدم الكفاية يشير إلى شعور الفرد بالعجز والضعف، ويشير إلى إدراك الفرد على أنه داليل غير قادر على التلصص بتجاح.

رابعاً: التجاوب الانفعالي: Emotional responsiveness

يقصد به قدرة الطفل على التعبير بحرية وثقافية عن مشاعره وانفعالاته تجاه الآخرين وخاصة المشاعر الإيجابية مثل اللامع والحب، وعدم التجاوب يشير إلى صعوبة قبول المودة والحب من الآخرين، وصعوبة صلتهم، كما يشير إلى نقص التفاتية في التعبير عن المودة والحب.

خامساً: الثبات الانفعالي: Emotional Stability

يقصد به مدى استقرار حالة الطفل المزاجية وقرئته على مواجهة الفشل أو المشكلات أو مصادر التوتر الأخرى بأقل قدر من الانزعاج والإحباط والثبات لفعالياً هو من لا يغضب ولا يستأثر بسهولة وغير الثابت لفعالياً هو من يعتري حالته المزاجية تأرجح لا يمكن التكيف به أو تحديده، فهو ينتقل بسرعة من مشاعر البهجة والسرور إلى مشاعر الغضب أو عدم الرضا.

سادساً: النظرة للحياة: World View

يقصد بها نظرة الطفل للعالم من حوله، إما على أنه مكان طيب آمن، غير مهدد أو متدر، أو كمكان ملي بالأخطار والتهديد وعدم اليقين.

سابعاً: قوة الأنا: Ego strength

قوة الأنا هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية Mental Hygiene، ويستخدم أحياناً مصطلح "قوة الأنا" كبدل أو مرادف لمصطلح الثبات الانفعالي وقوة الأنا تشير إلى التوافق مع الذات ومع المجتمع علاوة على الخلو من الأعراض العصابية، والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا، وقوة الأنا هي القطب المقابل للعصابية Neuroticism حيث يرى كثير من العلماء أن هناك متصلاً يقع في أحد أطرافه قوة الأنا في حين يقع في الطرف المقابل العصابية. وهذا يشير إلى أن العصابية لا تعني المرض النفسي، ولكن تعني الاستعداد للمرض النفسي.

كشفاً: التوافق العام: General Adjustment

هو حالة من الرضا والانسجام بين الفرد ونفسه ومجتمعه وكل ما يحيط به من كائنات، فهو يعي قدرة الفرد على أن يعيش في سلام تام مع نفسه أولاً، ثم مع كل ما يحيط به من كائنات بشرية أو غير بشرية، هذا يتضمن التوافق توافقاً في مجالات عدة منها التوافق الدراسي، والمهني، والتروحي، والأسري، والديني، والاجتماعي، والخلقي، والجنسي. كما يتضمن التوافق أيضاً قدرة الفرد على أن يسلك دائماً السلوك السوي إزاء تحقيق مطالبه ومطالب بيئته، وقدرته على أن يميز هذا السلوك إذا ما واجه موقفاً جديداً، أو مشكلة اجتماعية أو خلقية أو نفسية.

كشفاً: الأسرة: Family

الأسرة في وضعها الأمسي عبارة عن وحدة إنتاجية، بيولوجية، تقوم على رواج شخصين، ويترتب على ذلك الزواج - عادة - نتائج من الأبطال. وهنا تتحول الأسرة إلى وحدة اجتماعية، تحدث فيها استجابات الطفل الأولى نتيجة التفاعلات التي تنشأ بينه وبين والديه وأخوته. إن علاقة الطفل بوالديه وأخواته تنشأ عادة في محيط الأسرة، وهذا ما يدعونا إلى القول بأن للأسرة وظيفة اجتماعية هامة، إذ هي العامل الأول في صيغ سلوك الطفل صيغة اجتماعية. وتتكون الأسرة في حدودها الصيقة من الزوج والزوجة وطفل أو أكثر ويكون أساس العلاقة التي تربط أفراد الأسرة، قسماً على الصراحة والود بشكل يتيح الفرصة أمام كل فرد من أفرادها أن يعبر عما يريده بحرية. وهذا هو الذي يفرق بين الأسرة كوحدة اجتماعية وبين أي وحدة اجتماعية أخرى. إن الأسرة كمجتمع صغير عبارة عن وحدة حية، ديناميكية، لها وظيفة تهدف نحو نمو الطفل نمواً اجتماعياً. ويتحقق هذا الهدف بصفة مبدئية عن طريق التفاعل العائلي الذي يحدث لدخل الأسرة والذي يلعب دوراً هاماً في تكوين شخصية الطفل وتوجيه سلوكه.

عاشراً: عمالة الطفل.

إن هذا المصطلح ليس واضحاً صريحاً كما قد يبدو لذا تبدو أهمية توضيح "من هو الطفل؟" "وما هو العمل؟" إن الطغولة قد نعرف بالإشارة إلى السن الرسمي، ولكن قد تحدد المجتمعات المختلفة عتبات مختلفة تميز بها مرحلتى الطغولة والبلوغ، فهي بعض المجتمعات لا تعتبر السن أساساً كافياً لتعريف الطغولة، بل قد يمثل أداء بعض الطغوس الاجتماعية والمسئوليات التقليدية متطلبات ضرورية لتعريف وضع الإنسان "كبالغ" أو "كطفل". وفي مجتمعات أخرى قد يبدأ تحول الطفل في الحياة الاقتصادية والاجتماعية مبكراً، وقد يحدث تحوله من الطغولة إلى النضوج بشكل مبسر وتدرجي بحيث يصبح من الصعب معه تحديد المراحل المختلفة للحياة بشكل واضح، ومن هنا لابد أن نعرف باننا نتعامل مع مفهوم قد يعني أشياء مختلفة في مجتمعات مختلفة، وفي مراحل زمنية مختلفة

ويعرف "الطفل" أيضاً بأنه إنسان يحتاج إلى حماية من أجل نموه البدني والنفسي والفكري، حتى يصبح بمقدوره الانضمام إلى عالم البالغين. إن وضع الطفل هو وضع فرد في حاجة إلى مساعدة، أي في حاجة إلى رعاية، تقدمها الأسرة من جهة، وتقديمها من جهة أخرى مؤسسات تعليمية واجتماعية، وهذا في ظل تشريعات وقوانين متعارف عليها. وقد نص الدستور المصري في مادته العاشرة على أن تكفل الدولة الحماية للأهومة والطغولة، ودرعي للنشء والشباب، وتوفير لهم الظروف المناسبة لتنمية ملكاتهم.

ومفهوم "العمالة" قد يكون مفهوماً خالفياً أيضاً، وخاصة بالنسبة للأطفال، إن الأطفال يساعدون أسرهم في المنزل منذ نعومة أظفارهم، كما يساعدون في الحقول، وفي الأنشطة التجارية الصغيرة، إلا أن مساعدة الطفل لأهله، في ظلها المأهول كمساعدة بهما الطفل في وقت الفراغ، دون أن تضطره إلى التحلي عن التعليم، لا تدخل في إطار ما يعنيه بمالة

الطفل. ومن هنا نعرّف عائلة الطفل بأنها: أي نشاط يقوم به الطفل ويعد مساهمة في الإنتاج، أو يتيح للبالغين لوقات فراغ، أو يسهل عمل الآخرين، أو يحل محل عمل الآخرين.

٦- الدراسات السابقة:

المنتبج للدراسات التي تناولت دراسة الخصائص النفسية للطفل العامل، أو دراسة الاضطرابات النفسية لديه ودور الأسرة فيها، يجد ندرة ملحوظة في هذه الدراسات برغم أهمية التعرف إلى السمات والخصائص والاضطرابات النفسية والسلوكية للطفل العامل. كذلك يستطيع المنتبج للدراسات والبحوث التي تناولت دراسة ظاهرة عمالة الأطفال سواء في مصر أو خارجها، أن يتبين بعض الإسهامات العلمية القيمة، سواء أكانت هذه الإسهامات نظرية أم ميدانية، تلك الإسهامات التي أنجزتها بعض المراكز البحثية أو بعض الأفراد المهتمين بالطولة بوجه عام وبالطفل العامل بوجه خاص. لقد تناولت معظم الأبحاث كل ما يتعلق بالطفل العامل من حيث ظروفه ولوصاعه في العمل، وظروف أسرته، واحتياجات الطولة العاملة، والأبعاد الاقتصادية والاجتماعية وغيرها للطفل العامل.

ورغم هذا الجهد الوثير فقد أغفلت الدراسات والبحوث السابقة عن تناول الاضطرابات النفسية للطفل العامل - وما أكثرها - ودور الأسرة فيها. هذا النقص الشديد دفع الباحث إلى إجراء استقصاء علمي من خلال موسوعة البحوث العلمية المصرية والعربية والدولية في الجامعات والمعاهد العلمية، كذلك عبر شبكات البحث العلمي الأخرى، يحرص التعرف إلى الدراسات التي تناولت دراسة الخصائص النفسية للطفل العامل أو دراسات التي تناولت تأثير دور الأسرة في إحداث الاضطرابات النفسية لدى الطفل العامل، وبصفة خاصة تلك الاضطرابات النفسية التي يدرسها البحث الحالي.

ولم يسع التعمي الا عن عدد قليل جداً من البحوث التي لكت على تكثير الأسرة هي اتجاه الطفل للعمل، ونها وراء بعض المتغيرات النسبية التي يحدث له كذلك لم يفتح الباحث بما حصل عليه من بيانات فقام بعمل استقصاء آخر قصد معه التعرف إلى تناول تلك الظاهرة من خلال الدراسات الطبية التي قد تكون قد أجريت على أطفال مصر في جميع محافظاتنا، وهي أول محاولة - في حدود علم الباحث - تتم في هذا الصدد.

وسوف نحاول فيما يلي أن نلقى الضوء بشكل عام حول الظاهرة من خلال الدراسات والبحوث السابقة، والتي يمكن تصنيفها على النحو التالي:

- أ- الدراسات ذات الصبغة التوعوية.
- ب- الدراسات ذات الصبغة الفردية أو الطابع الشخصي (مصر).
- ج- الدراسات ذات الصبغة الدولية.
- د- الدراسات ذات الصبغة الطبية (مصر).

أولاً: الدراسات ذات الصبغة التوعوية:

في إطار اهتمام المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنسية بالقاهرة بالطفولة ومشكلاتها بوجه عام، وبظاهرة عمالة الأطفال بوجه خاص، تولت إصداراته البحثية (بالتمويل لصوقاً مع منظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف) بذكر منها ما يلي:

- ١- تقرير عن أعمال اللجنة الوزارية لدراسة ظاهرة عمالة الأطفال بجمهورية مصر العربية بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة (اليونيسيف) عام ١٩٨٩، وقد اشترك في إعداد هذا التقرير بالإضافة إلى المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنسية وكلاً من وزارة الشؤون الاجتماعية، ووزارة القوي العاملة، والمجلس الأعلى للشباب والرياضة والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ووزارة الصناعة، ومديروا منظمة العمل الدولية، والجهاز المركزي للتنظيم والإدارة.

٢- ظاهرة عمالة الأطفال (بالتعامل مع منظمة الأمم المتحدة للأطفال) عام ١٩٩١. وقد شارك في هذه الدراسة كل من: عادل عازر، وباهر مري، وعزة كريم، وعلاء مصطفى.

٣- مؤتمر للمطل ولأفاق القرن الحادي والعشرون عام ١٩٩٣.

٤- عمل الأطفال في المنشأة الصناعية الصغيرة عام ١٩٩٦.

وسوف نتخير مما سبق بعض ما يحتم الموضوع الحالي

أولاً. الدراسات ذات الصلة القومية

أ. الدراسات الأولى: تقرير اللجنة الوزارية (١٩٩٨):

انصحت الاحصائيات والبيانات والدراسات التي فتمت للجنة دراسة ظاهرة عمالة الأطفال، عن أن تشغيل الأطفال يتم عن ظاهرة وللمية ولموسة، تمثل حجماً يدعو لاهتمام واضعي السياسة بدراساتها، ويرسم سياسة ملائمة لمواجهتها. كما تبين وجود اتفاق شبه تام بين نتائج الدراسات العلمية في مجال ظاهرة "عمالة الطفل" عن أن من الأسباب البارزة لوجود تلك الظاهرة ما يرجع إلى الظروف الأسرية الصعبة، وإلى حاجة الأسرة لعمل الأطفال لزيادة دخلها

ب. الدراسة الثانية: ظاهرة عمالة الأطفال بالتطويع مع منظمة الأمم المتحدة للأطفال "اليونيسف" (١٩٨٨):

التقى المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنسية مع منظمة الأمم المتحدة (اليونيسف) في اهتمامها بما لوحظ من تزايد ظاهرة عمالة الأطفال وعلى وجه الخصوص في فترة الميمنية والتمقيبات. وقد وكتب هذا الاهتمام السياسة التي أقرها المجلس التنفيذي لمنظمة الأمم المتحدة في عام ١٩٨٦ وتضمنت ضرورة إعطاء أولوية خاصة لبرامج الأطفال في ظروف صعبة والتي تشمل البرامج الخاصة ببحث مشكلات الأطفال العاملين والتعدي لها. والدراسة تتعرض لقضية عمالة الصغار تحت السن القانونية في أعمال لا

يسمح القانون بمزاولتها. تلك القضية قضية مركبة تتضمن أبعاداً متشابكة كالبعد القانوني والاجتماعي والنفسى والتربوي والصحي، ونظراً لخطورة آثارها على النشء الذي يدرج في حقل العمل منذ مرحلة عمرية مبكرة.

لقد تصدى المركز القومي لظاهرة عمالة الأطفال، وحاصلة أنها على الرغم من أهميتها لم تحظ بدراسات كافية لا على المستوى الدولي الذي تلحظ فيه عمالة الصغار شكلاً آخر، كالاستغلال الإعلامي أو الجسدي، ولا على مستوى دول العالم النامي التي تنتشر فيها ظاهرة عمالة الأطفال نظراً لمشكلات اجتماعية واقتصادية صارفة جنورها في أعماق المجتمعات التي تستعمرها، ولا في مصر التي لم تحظ فيها تلك المشكلة بالدراسة الإمبريقية الجادة، اللهم إلا إحصاءات قليلة ظلت من دراسة المشكلة من شتى جوانبها، وبعينات محدودة في صنفات ضئيلة، ولم تخرج بتصور شامل لحل المشكلة أو علاجها أو حتى لتقليل من حجمها أو من آثارها الصارفة، ليس فقط على النشء الذي يتعرض بشكل مباشر للاستغلال، ولكن على المجتمع الذي يعد فيه هذا النشء بمثابة البنية الأساسية ولذا عاصت الضرورية لإبانه بناء سليماً. وقد استطاعت الدراسة تجاز الإطار المبدئي بالاعتماد على أدوات بحث أعدت إعداداً دقيقاً كالاستبيان واختبارات التوافق الشخصي والاجتماعي والعام.

ولعل للمساهمة الحقيقية للدراسة، تتمثل فيما أسفرت عنه من نتائج حول (١) العوامل المسببة لعمالة الصغار والتي تمثلت في لى وراء الظاهرة فشل في التعليم، وتعلم صعبة، مساعدة الأهل في المعسرفات، الاتفاق على الذات، (٢) الظروف الأسرية واحتياجات الطفل والتي وجد أنها ترجع إلى أن نسبة الإيجاب بين أسر الأطفال العاملين تكون مرتفعة، كما أن هؤلاء الأطفال العاملين ينتمون لأسر مستواها التعليمي منخفض، فلكثر من نصف الآباء من عينة الدراسة بسمة (٥٨,٥) لسيون ولم يلتحقوا بالتعليم، أما بالنسبة لعمل الآباء وجد أن أعلى النسب كفت بين العمال اليدويين (٣٣,٧)٪، ثم عمال الخدمات (٢٤,٧)٪، والباية (١٣,٩)٪.

وبالنسبة للظروف الاقتصادية والاجتماعية وجد أنهم لا يعتقدون بوجه عام من التصدع الأسري، ولدى علاقة الطفل بالوالدين تنقسم بالاحترام، وبالحب بالنسبة للأخوة، وإن علاقة الطفل بالفرد الأسرة تنقسم بالترابط. أما المشكلات الأسرية فمن أهمها: المشكلات الاقتصادية، ومشكلات شقوة الأبناء، ومشكلات العمل. وبالنسبة لأهم الاحتياجات الأساسية للطفل قد كشفت الدراسة عن أنها تتمثل في مصروف جيب الطفل، والغذاء والملبس، والعلاج، والمواصلات، والمكيفات، ووقت الفراغ.

وتحتّم هذا المرحى بما قامت به الدراسة من حيث دراسة الأبعاد النفسية والصحية لظاهرة عمالة الأطفال، وبالنسبة للبعد النفسي كان هدف الدراسة التعرف إلى المردود النفسي على الأطفال نتيجة توجيههم للعمل وهم في سن صغيرة. ولتحقيق هذا تم اختيار عيّنتين الأولى تجريبية وهي عينة الأطفال العاملين والثانية عينة ضابطة وهي عينة الأطفال غير العاملين، وقد تراوح المدي العشري للعينتين من ٩ - ١٢ سنة، وقد كان قول لعينة التجريبية ١٨٤ طفلاً، أما لعينة الضابطة فقد كان قوامها ١٢٢ طفلاً.

أما عن الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة، فقد تمثلت في اختبار الذكاء المصنوع، اختبار المفردات، مقياس التوافق الشخصي والاجتماعي العام، وتلك المقاييس الثلاثة الأخيرة أعدها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. أما عن نتائج الدراسة فقد تمثلت فيما يلي: وجدت فروق دالة عند مستوى (٠,٠٠١) في متغير التوافق الاجتماعي لصالح الأطفال غير العاملين، وكذلك وجدت فروق أيضاً عند مستوى (٠,٠٠١) في متغيرات المفردات والذكاء المصنوع وذلك لصالح عينة الأطفال غير العاملين، وكذلك وجدت فروق دالة عند مستوى (٠,٠٠١) في متغير التوافق العام لصالح الأطفال غير العاملين أيضاً، في حين لم توجد فروق دالة بينهما في متغير التوافق الشخصي، كذلك توصلت الدراسة من خلال المعالجة التي قامت بها للبيانات النفسية والاجتماعية التي استقيت من الاختبارات والمقاييس النفسية وكذلك الاستبيان

المستخدم في تلك الدراسة، إلى أن نوع العمل يرتبط بمختير الدراسة، كذلك فإن المحاضر التي يتعرض لها الأطفال العاملون ترتبط أيضاً بنوعية العمل، كذلك وجد ارتباط دال بين نوع العمل والتعرض للإصابة، كما تبين أيضاً أن مخاطر العمل ترتبط بالتوافق الشخصي والاجتماعي بما يعنى أن عمل الأطفال في مهنة ذات طبيعة خطيرة عليهم إما يؤثر على توافقتهم الشخصي والاجتماعي، كما أبررت النتائج ارتباط من الطفل العامل بكل من الذكاء والتوافق الشخصي والاجتماعي، بمعنى أن الطفل كلما عمل في سن مبكرة تعطلت نسبة ذكائه، أيضاً فالعمل في سن مبكرة يعوق التوافق الشخصي والاجتماعي، وأخيراً الارتباط الدال بين العلاقة بصاحب العمل ومجالات التوافق الشخصي والاجتماعي والذكاء، فكلما كانت هناك علاقة حميمة بين صاحب العمل انعكس ذلك على ذكاء الطفل وعلى التوافق الشخصي والاجتماعي.

وبالنسبة للبعد الصحي فقد اختير لهذا الغرض خمس عينات موزعة على النحو التالي: (٥١) طفلاً يعملون في الأعمال الميكانيكية، (٣٠) طفلاً يعملون بورش النسيج، (٩) لطفال يعملون بالكيمويات، (٢٠) طفلاً بصناعات متفرقة، وقد أسعرت النتائج عن أنهم يعانون من حالات الإسهال المزمن، وتعبية مرمجة، والإصابة بالبلهارسيا، والالتهاب الكبدى لوبقى، وتكر نزلة شعبية حادة، ودم بالبول، لغط بالقلب هذا ولم تكن هناك فروق دالة بينهما في الأطوال والأوزان، وسرعة خروج الهواء، بينما كانت هناك فروق دالة بينهما في السعة الهوائية حيث كانت لصالح الأطفال العاملين وقد سمر ذلك بأنهم يعملون بالصناعة وبالتالي تقل نسبة متوسط السعة للرئتين، كذلك أشارت النتائج إلى خطورة عمل الأطفال في صناعاتي النسيج والرجاج على وجه الخصوص. وأخيراً فقد بينت الدراسة أن إجراءات الأمن الصناعي غير متوفرة في الورش الصناعية التي يعمل بها الأطفال.

جـ- الدراسة الثالثة: مؤتمر الطفل " أفاق القرن الحادي والعشرين ":

تناولت أعمال هذا المؤتمر خمس عشرة ورقة بحث، شارك فيها خبراء المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنسية بأحد عشر ورقة بحث، يفرص لأهمها فيما يلي:

- ١- دراسة نادية حليم (١٩٩٣) المحصلة الديموجرافية والاجتماعية للطفل المصري، والتي أكدت فيها على أن صحة الطفل الجسدية والعقلية والنفسية ترتبط إلى حد كبير بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، ومدى صلاحيتها للتعليم بعملية التنشئة، كما أكدت في درستها للمسحبة تلك أن الاحتياجات الاقتصادية لأسر الأطفال العاملين التي تكفهم للعمل في ظروف غير صالحة لنموهم البدني.
- ٢- دراسة إلهام عفيفي (١٩٩٣): التي تؤكد على أن الأسر الريفية تعد من أكثر الأسر دفعا لعمل الطفل والسبب الخفاص دخل الأسر الريفية.
- ٣- دراسة هدي الشناوي (١٩٩٣): عن الفقر وولد الطفولة والتي أكدت على أن الفقر المادي للأسرة يكون وراء عمالة الأطفال.
- ٤- دراسة علا مصطفوي (١٩٩٣): وهي بعنوان: الأطفال العاملون: الحاضر والمستقبل. والتي أشارت إلى أن صالة الأطفال تشيع في الأسر ذات المستوى الاقتصادي المنخفض وأن الأطفال يعملون في بيئة عمل متكنية من عدة جوانب عديدة، فمن ناحية تعاني الورش من نقص التهوية والصوصاء والحرارة المرتفعة، وقلة النظافة، وتناثر المخلفات، ونقص المياه للاغتسل والشرب، كما وجدت أن الأطفال لم يتدربوا قبل الالتحاق بالعمل، وأنهم يتعرضون لإصابات العمل باستمرار، أو قد يتعرضون للسب والضرب من قبل الكبار عنهم. كما وجدت أن الأطفال العاملين ينتمون لأسر كبيرة الحجم.

د - الدراسة الرابعة: عمل الأطفال في المنشآت الصناعية الصغيرة (١٩٩١).

يستند هذا التقرير إلى مراجعة أكثر دقة لذات الببليوغرافيا التي تصممها البحث الميداني المعلنون باسم (ظاهرة عمالة الأطفال) السابق ذكره، فقد وجد بعد نشر التقرير العديد من الأخطاء، لذا فقد أعيدت مراجعة كافة الببليوغرافيا التي تصممها لتقرير، مع فحصه علمياً ومنهجياً وإحصائياً. وقد قلم بكتابة التقرير "عمل الأطفال في المنشآت الصناعية" كلاً من علا مصطفى وعزة كريم. وبصفة خاصة خرجت دراسة عام (١٩٩٦) على نحو الفصل علمياً ومنهجياً وإحصائياً خصوصاً بعد مرور (٥) سنوات على كتابة التقرير الأول

هـ - الدراسة الخامسة: لتدريب ورعاية الأطفال العاملين في شبرا الخيمة - مسح اجتماعي (علا مصطفى، ١٩٩٤).

قام المركز القومي بإجراء هذا المسح استجابة لمبادرة من جانب منظمة العمل الدولية للتعليم بمشروع في منطقة شبرا الخيمة من أجل رعاية وحماية الأطفال العاملين من (٦ : ١٥) سنة.

و سادساً - استقلال الأطفال من خلال العمل (علا مصطفى، ١٩٩٤).

وهو يمثل عرساً لمؤتمر دولي عقد في باريس في الفترة من ٢٤ إلى ٢٦ نوفمبر ١٩٩٤، حيث عرست فيه مشكلة عمالة الطفل في إطار النظام الاقتصادي، وظروف وحياة عمل الطفل، ول للظاهرة بعداً إنسانياً، ومكانية، ومكانة العمل، ومكانة الطفل غير أن المؤتمر لم يتصمم أية إشارة للأبعاد البيولوجية لدى الطفل العامل مما يصعب للبحث الحالي قيمة وأهمية علمية

ثانياً - الدراسات ذات الصلة الفردية أو الطابع الشخصي.

١ - دراسة السيد حنفي (١٩٨٧): وهي بعنوان "العمالة الجائلة - بحث في سوء علم الاجتماع الحضري أجريت هذه الدراسة على عينات أكبر سناً من الأطفال حيث تراوح بين ٣٠ و ٢٠ عاماً بنسبة ٨٢%، والباقي ١٨% فوق سن (٣٠) عاماً وقد خلص الباحث إلى أن العمل الجائلي غير راضين عن أنفسهم وعن حرفهم، فهم يشعرون بتكثيف المكافحة الاجتماعية،

ولن أعمالهم ترتبط بهذا التقني، وأن ذكور وإناث عينة البحث ينحدرون من أسر مستواها متدني، وأصبح الأبناء يشكلون عينا اقتصاديا مما أدى إلي دفعهم إلي العمل.

٢- دراسة جمال مختار حمزة (١٩٩٧): وعنوانها: عمالة الأطفال: رؤية نفسية. تكونت عينة الدراسة من (٥٠) طفلاً من الذكور ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٢ سنة، (٢١) طفلاً من العاملين في ورش صناعة النسيج والكيماويات والأفران وغير ذلك، (٢٩) طفلاً بمرحلة التعليم الأساسي كعينة ضابطة. وقد استخدم الباحث مقياس التوافق الشخصي والاجتماعي الذي أعده المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنسية والذي استخدم في بحث عمالة الأطفال السابق الإشارة إليها. وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين على مقياس التوافق الشخصي وقد فسر الباحث ذلك بأن المجموعة التجريبية (الأطفال العاملون) قد عوصت بظروف عملهم الإحساس بالرضا النفسي مما يقدمون للآخرين وروبتهم لأنفسهم بأنهم طاقاة معطاءة مادياً. أيضاً لم يبين وجود فروق دالة بين المجموعتين في مقياس التوافق الاجتماعي، وأخيراً كانت هناك فروق دالة بينهما عند مستوي (٠,٠١) في مقياس التوافق العام لصالح الأطفال غير العاملين. وقد فسر الباحث ذلك بأن هذا يمثل توافقا مع تقاليد وتشريعات الحياة باعتبار أن عمالة الطفل شرط غير مناسب، ولا يتفق مع حقوق الطفل اجتماعياً.

٣- دراسة عزة مسليم (١٩٩٩)، وهي بعنوان: "المخاطر الاجتماعية المصاحبة للتحاق المبكر بسوق العمل"، تقع الدراسة في مبحثين، الأول: يتناول دراسة الطفل العامل من حيث طرح الموضوع وأسلوب التناول ومن حيث عمالة الأطفال وهو بعنوان الرؤية التاريخية والدلالة الاجتماعية، وتشمل الأطفال، والثاني بعنوان "الأطفال في سوق العمل" وقد كتبت الدراسة الديال عن طبيعة الأعمال التي يؤديها الطفل، حيث

حطمت إلى الفقر والحرمان الاقتصادي من جانب، مصافاً إليه الأوضاع المتردية للتعليم الأساسي، والأوضاع الاجتماعية السيئة للأسرة مثل التفكك هي أهم العوامل التي تتصافى معها إتاحة الفرصة لتشكيل المحددات العنصرية لبدور ظاهرة عمالة الأطفال، كما أشرنا الفتيحة إلى أن الاتجار العائلي وما يتصل به من مشكلات بالغة على واقع ومستقبل الأطفال، حيث تصطر كثير من العائلات التي تولجها بعض الكوارث الاجتماعية مثل (الطلاق ووهاء أحد الوالدين أو كليهما) إلى دفع بعض أبنائها وبخاصة الذكور إلى سوق العمل.

ثالثاً. الدراسات ذات الصلة الدولية:

معظم الدراسات التي أمكن للباحث الحصول عليها، اشتركت في الكثير من النتائج التي عرصها الباحث من قبل في بحثه الحالي، والتي تتمثل في أن أهم ما يدفع الأطفال إلى العمالة هو انخفاض دخل الأسرة، وعدم تحقيق الكفاية الذاتية والاجتماعية والذي يؤدي إلى عدم استقرار الأسرة، وبالتالي إلى عمل الأطفال كذلك فإن صغر من الأطفال العاملين وعدم حصولهم على قدر الكافي من التدريب يجعلهم عرضة للإصابات مما يؤثر على صحتهم الجسدية ويؤثر على حصولهم النصبة وإن خبرتهم وعدم ترتيبهم أيضاً يرتبط بحوادث المركبات التي يتعرضون لها، إضافة إلى صعقات الكهرباء، والتسمم والموت عرقاً كما أشرت أحد الدراسات إلى أن هناك أسر لا ينتمي لها الطفل أصلاً إذ لنبيهم نظام قبلي أو القنص، فبعض تلك الأسر قد تنزع الطفل للعمل في من مبكرة دون مراعاة لطولته أو للأصغر التي قد تلحق به كذلك في الدراسات المسحية أو النظرية ما يؤكد على دور الأسرة في عمالة الطفل وأن عمله بصره صحياً بل قد يؤدي إلى موته، مصاطر العمل عديدة، وكذلك المحاطر المهنية للعمل تحيط بهم من كل جانب.

وأخيراً: الدراسات ذات الصلة الطبية:

في دراسة قام بها السحن، على عينة من الأطفال قوامها (١٥٤) طفلاً، يعملون بعدد من الورش بمدينة الإسكندرية، وقد كلى هدف الدراسة تقييم الحالة الغذائية للأطفال العاملين في سن من ٨- ١٨ عام ولتحقيق هذا قام الباحث بحساب ذلك باستخدام مقاييس لجراء الجسم Anthropometric، والمعايير الفيو كيميائية، وبظام أو قواعد الطعام، مع الفحص الطبي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال العاملين يعانون من سوء التغذية وأن ١٦% منهم مصابون بالهرال العام و ٢٢% منهم متعطلين عن النمو الطبيعي، وبمعنى آخر لا يتطور نموهم، و ٣% منهم يجمعون بين الهزال وتوقف النمو، و ٣% منهم وريهم راند عن الحد المطلوب. ويتطيل نظام التغذية وجد أنهم أقل طاقة، أقل كالسيوم، يعانون من نقص فيتامين (A)، (C)، ونقص كذلك في الفيتامين أي فيتامين (B3). كذلك وجد أن معدل البروتين لديهم أعلى، وكذلك نسبة الحديد، والفيتامين (فيتامين ب ١). كما وجد أن نسبة ٧٧% منهم يعانون من نقص سبة الهيموجلوبين في الدم وفق المعدلات التي أقرتها منظمة الصحة العالمية.

كما كشفت النتائج عن وجود نسبة انتشار عالية من عدوي الطفيليات المنقولة عن طريق الطعام وذلك اذي ٧٢% من مجموع افراد العينة، كذلك فقد كشفت النتائج عن أن المتوقف نموهم، ودوي الهزال وتوقف النمو معاً وأسباب الورن الزائد كانوا يعانون من الأنيميا والطفيليات وذلك مقارنة بمن يعانون من الأنيميا فقط أو من عدوي الطفيليات كذلك قام طاهر منصور (Taber, Mansour 1992) في دراسة أخرى عن المشاكل الصحية بين صغار العمال العاملين بالمؤسسات الصناعية الصغيرة أو متوسط الحجم، وذلك على عينة قوامها (١٠٠٠) طفل، يتراوح المدي العمري لهم من ٩: ٢٠ سنة، اختيرت عينة ممثلة قوامها ٢٥٠ طفلاً وطيلة ممثلين في السن والجسم مع العينة التجريبية، وقد اختيرت مدينة الإسكندرية كمودح للطفل العامل في مصر.

وقد كشفت النتائج بعد الدراسة والفحص الطبي عن أن صغار العاملين تمثل سحتهم الجسدية بسبب ظروف العمل، كما أن ظروف العمل تؤثر على حالتهم العقلية والانعزالية، كما أنها تعوقهم عن الاستمتاع بلقراية وفي دراسة لنوير (Nowier, 1993) بعنوان "الطفل العامل في مصر المظاهر الاقتصادية والاجتماعية والمهنية"، وعلى عينة قوامها ٢٥٠ طفلا، وجد أن الأطفال يعانون من التعب البدني، فهم يعملون أكثر من ٤٠ ساعة أسبوعيا. كما كشفت له الدراسة عن أن الأسر التي ينتمي لها الأطفال العاملون وكذلك المشاكل الاقتصادية هما السبب الرئيسي لكل المشاكل التي يعاني منها الأطفال العاملون، فالعمل إلى كثر يخص من الحالة الاقتصادية الاجتماعية، إلا أنه يعلم الطفل الخبرة بالأحرار، ويوسع من دائرة اتصالاته مما يؤثر على تفكيرهم العقلية.

كما أن العمل يصر بالنظام العدائي الذي يبني في يكون عليه الفرد، غير أنه لم يجد ما يشير إلى أن بين عينة الدراسة أطفالا مدمنين. كما أكدت الدراسة على أن الصوصاء والأثرية تصر إلى بالطفل العامل فالأولي نصره بسبة ٨٤% والثانية بسبة ٥٥% كذلك فالأبحرة والعزات تمثل ١٠,٤% من مجموع المحاطر التي يتعرض لها الطفل، والمولد البيولوجية تمثل ٩%، وإهيرا الحررة والتي تعد أحد الأضرار التي نصر الطفل تمثل ٢٥,٣% وتمثل الحوادث والإصابات التي تحدث للطفل العامل بسبة ٨٠,٤%، هذه الحوادث تتسبب في إصابات يديهم وأصابعهم، والسبب فهم غير مدربين.

وفي دراسة تالية لنوير (Nowier, 1993) بعنوان "الطفل العامل في مصر تأثير بيئة العمل على الصحة وعلى عينة قوامها ٢٥٠ طفلا أيضا، وقد أجريت مقابلة معرودة مع كل طفل مع حصوة للفحص الطبي الدقيق وقد تبين أن المشاكل الصحية أساسها تأثير الأسرة والمستوي الاقتصادي الاجتماعي الذي يجبر الطفل على العمل، كما أظهرت نتائج الفحص الطبي الدقيق لهم عن أنهم يعانون من:

١- شكلاوي جسموية تتمثل في الكحة الشديدة، القزلات الشعبية الحادة، والأزمات الشعبية.

٢- الاضطرابات العقلية الوعائية الضادة مثل مرعة النقص، مرعة الجيوب العقلية، القوخة أو الدور، الإغماء أو الغثيان

٣- الاضطرابات المعوية - المعوية مثل القحمة وعسر الهضم، وغزو الجسم بالمحشرات الطفيلية.

٤- الشكلاوي النفسية العصبية.

٥- مشاكل أخرى مثل عدوي مجري البول، الأم الظهر، صعب الرؤية، سلس البول الليلي، حدوث فقر للعقل.

أما دراسة لميرة جمال (Amira, 1995) التي تبحث في الإصابات التي تحدث للأطفال تحت سن ١٦ سنة، والذين يعملون بورش تصليح السيارات بمدينة الإسماعيلية، فقد أشارت في مقدمة بحثها إلى أن الأطفال العاملين صغار السن يؤدون الأعمال التي ينبغي أن يقوم بها الكبار، في حين أنهم غير مؤهلين لذلك، فهم لا يملكون القدرات العقلية أو الجسدية التي تمكنهم من أداء هذه الأعمال. وقد كانت العينة مكونة من (٨١) طفلاً، أجابوا على استبيان يتعلق بكل شيء عنهم، وقد أسفرت النتائج بشكل عام أن صغر سنهم وضعف بنيتهم، وعدم خبرتهم كل هذا وراء حدوث الإصابات لهم، كذلك أثبت الفحص أن مدى أو سعة الانتباه لديهم أقل من ذريهم مما يحرصهم دوماً للإصابة.

ولم تخرج دراسة هدايت (Hidayet, 1995) عن بعض ذات النتائج السابقة، فالأطفال يعملون لأسباب اقتصادية أو لمساعدة الوالدين في العمل، وأنهم يتعرضون لمشاكل اجتماعية وهمية وتعليمية، كما أنهم يتعرضون لمخاطر الكيمائية نتيجة عملهم بالمصنع.

وأيضاً دراسة مريم حجاج (Mariamme, 1995) عن أثر عمالة الطفل على صحته، التي أكدت فيها أن الأطفال العاملين معرضون لمخاطر كثيرة

متنوعة منها مخاطر بيئية وكيميائية وبيولوجية ونفسية واجتماعية، ولدى العمل يؤثر على رفاهيتهم الاجتماعية، وعلى قدراتهم العقلية وقد كان عدد افراد العينة (٢٥١) طفلاً عاملاً والمدي العمري لهم من (٦ - ١٥) عام.

أما عبد اللطيف (Abd El-Latif, 1995) فقد حاول التعرف إلى عوامل الخطر التي تؤدي إلى المشاكل النفسية الاجتماعية لدى الأطفال العاملين وللوصول إلى ذلك فنقي عينة قوامها ٣٤ طفلاً عاملاً، في المرحلة العمرية من ١٠: ١٤ سنة، وقد قسم العينة إلى مجموعتين وفق عدد من المتغيرات تتعلق بحدوث المشاكل النفسية والاجتماعية، هذه المتغيرات هي: الطلق، مشاكل التغذية، مشاكل النوم، التعب، حدوث كرفيس. وقد توصلت دراسته إلى وجود عدد من المتغيرات يرتبط بما سبق لدى الطفل العامل وهي: الجهد المبذول في العمل، ظروف السكن، طبيعة العمل، الحالة التعليمية للطفل، درجة الرضا عن العمل، الدحل، العمر، العمل أو المهنة. وقد أشار الباحث إلى أن هذا يؤدي لحدوث اضطرابات لدى الطفل العامل ولدى البيئة التي يعيش فيها أيضاً

كذلك في دراسة مشيرة (Moushera, 1995) على عدد من الأطفال في العينة العمرية من ٦ - ١٥ عام، وجد أن الفقر يمثل ٤٠% من عدد الأطفال العاملين ولدى المشاكل الصحية تمثلت هي:

١- شكاوي بدنية في واحد أو أكثر من أجهزة الجسم، ومعدل سوء التغذية لديهم مرتفع.

٢- يعانون من شكاوي نفسية مما يؤكد تأثير العمل على صحتهم. وعلى نقص في رعاية الصحية لذلك المجموعة العاملة

أما دكي (Zaky, 1996) فهي دراسته التي كان قوامها ٤٠٨ طفل، والمدي العمري لهم من ٨. ١٨، والتي استخدم فيها الاستبيان والمقابلة والفحص الطبي وجد أن الأطفال موضوع الدراسة يعانون بسمية الرصاص

لأنهم يعملون في مهنة يستخدمون فيها البزير، وقد تكلد ذلك بتحليل عينات الدم التي أخذت من عينة الأطفال العاملين.

أما دراسة المعاري (El - Mogazi, 1996) عن العوامل الاجتماعية - الديموجرافية التي تسهم في ظاهرة عمالة الطفل بمحافظة الشرقية، فقد أسعرت النتائج على الحرية التي كان قوامها ١٢٠ طفل ومداها العمري من ٦: ١٥ عام من الآتي:

١ - الطفل العامل يكون نتاج أسرة كبيرة.

٢ - فرص التعليم غير ملائمة.

٣ - الآباء جاهلون والدخل غير منتظم.

٤ - الفقر وهو النسبة الرئيسية وراء عمل الطفل

٥ - كلهم يعملون قبل السن للقانوني.

٦ - نقص التغذية وإصابات العمل.

وفي دراسة لحري لنكي (Zaki, 1996) عن تقييم عوامل الخطر لادي الأطفال العاملين والمراقبين المصابين بالأنيميا تبين له من خلال دراسته على ٤٠٨ طفل وباستخدام الاستبيان والمقابلة لمعرفة كل شيء عن الطفل العامل، أن الطفل العامل تزداد لديه نسبة الإصابة بالأنيميا مهما اختلفت أماكن عملهم ومهما تباعدت فالمكان أو المنطقة لا تكون سبباً في إصابة الطفل بالأنيميا دون الآخر.

أما هدي أحمد (Hoda Ahmed 1998) فقد أكدت في دراستها على الطفل العامل على ضرورة حماية الأطفال، والأعمال التي يقومون بها تسبب لهم أضراراً جسيمة، كما أكدت على اعتلال الصحة العصبية للطفل خصوصاً كلما عمل بأماكن تقسم بالخطورة.

وأخيراً دراسة محمد (Mohamed, 1999) التي هدفت إلى التعرف إلى العوامل الاجتماعية الاقتصادية التي تؤدي إلى عمل الأطفال بمدينة أسيوط وقد قام الباحث بإجراء مقابلات شخصية فردية مع أفراد العينة البالغ عددهم ٢٩ طفلاً، وعمرهم لا يتجاوز ١٥ سنة وقد كشفت النتائج أن (٦٣,٤%) من الأطفال العاملين يعملون مدد تتراوح من ٨ - ١٢ ساعة، ٤١,٧% تركوا المدرسة قبل إكمال التعليم بمرحلة التعليم الأساسي وذلك لأسباب عديدة منها: (فقدان الرغبة في استمرار التعليم، الضل المتكرر، الإهمال الأسري، المشاكل المالية، موت الوالدين). كما كشفت الدراسة عن أن ٥٩% من الأطفال يعيشون منتقلين بين الأب والأم لأن كليهما منفصل عن الآخر.

تجهيز على الدراسات السابقة:

عرص الباحث فيما سبق كل ما أمكنه الحصول عليه على المستوي المحلي والدولي فيما يتعلق بظاهرة عمالة الطفل في مختلف المجالات التي تناولت الظاهرة سواء في علم النفس أو علم الاجتماع أو في الطب. ولعله من الأفضل الآن أن نتناول تلك الدراسات - بإيجاز للباحث - بالتعقيب.

١- بذرة البحوث التي تناولت دراسة المتغيرات النفسية لدى الطفل العامل بصفة عامة

٢- البحوث التي اشارت إلى تأثير الأسرة على الطفل العامل لم تتناول في دراستها الاضطرابات النفسية الحادة فتي يمكن أن تحدثها تلك الأسر على الطفل العامل.

٣- انظر إلى عمالة الطفل على أنها راجعة إلى الظروف الاقتصادية للأسرة فقط دون النظر مثلاً إلى العلاقة بين وفاة الأب والأم معاً وعمل الطفل، أو أن الطفل العامل يعيش مع زوجة أبيه أو زوج أمه مما يضطره إلى العمل سواء رغماً عنه أو طوعاً.

- ٤- هناك أسر مستواها المادي منخفض ومع ذلك لا تنفع الأطفال للعمل وهذا ما لم تلتفت إليه دراسة.
- ٥- الدراسات التي تناولت الخصائص النفسية لدى الطفل العامل كانت دراساتٍ فقط، هناك دراساتٍ لم تتناولوا سوي مميزات التوافق العام والشخصي الاجتماعي.
- ٦- أغلب البحوث لم تنح للعلاقة بين ظروف الطفل غير المادية وبين اضطراب سلوكه.
- ٧- لم تتناول أية دراسة متغيرة البحث العالي وعددها تسعة متغيرات، وهي إضافة يأمل الباحث أن تصاب قيمتها للبحث.
- ٨- تعاني الدراسات الميكولوجية من قلة الدراسات التي تناولت دراسة الطفل العامل.

٧- فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن في متغيرات تقدير الشخصية وهي: العدوان والعداء، الاعتمادية، والتقدير السلبي للذات، وعدم الكفاية الشخصية، وعدم التجاوب الانفعالي، وعدم الثبات الانفعالي، والنظرة السلبية للحياة، وذلك لصالح عينة الأطفال العاملين من صغار السن.
- ٢- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن في متغير قوة الأنا لصالح عينة الأطفال غير العاملين من صغار السن.
- ٣- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاملين وغير العاملين من كبار السن في متغير الشخصية المتوافقة لصالح عينة الأطفال غير العاملين من كبار السن.

٨- الإجراءات المنهجية للبحث:

١- عينات البحث

تكونت العينة الكلية للبحث من ١٨٠ طفلاً موزعة على النحو التالي

١- عينة الأطفال المظفر

١- ٣٠ طفلاً من العاملين بورش إصلاح وصيانة السيارات وورش الحدادة، وورش النجارة حيث يعملون كصبي ميكانيكي، وصبي حداد، وهم جميعاً من مدينة المنصورة من (منطقة الحسنية، وشارع الجلاء، وشارع عبد السلام عارف) وقد كان متوسط عمر هذه العينة $11,07 \pm 1,00$.

٢- ٣٠ طفلاً من غير العاملين، وهم جميعاً تلاميذ يدرسون بمرحلة التعليم الأساسي. وقد كان متوسط عمر هذه العينة $11,03 \pm 0,50$ ، وهذا ولم يكن الفرق بين المتوسطين جوهرياً قيمة (ت) كانت $0,26$.

ب- عينة الأطفال الكبار:

تكونت هذه العينة من ١٢٠ طفلاً موزعة على النحو التالي.

أ- ٦٠ طفلاً من العاملين بذات الأماكن السابق ذكرها سواء بمناطق التطبيق أو أماكن العمل. وقد كان متوسط عمر هذه العينة $16,36 \pm 1,24$.

ب- ٦٠ طفلاً من غير العاملين وهم جميعاً يدرسون بمرحلة الثانوية العامة، وقد كان متوسط عمر هذه العينة $16,40 \pm 1,06$ وهذا ولم يكن الفرق بين المتوسطين جوهرياً حيث كانت قيمة (ت) = $0,26$.

٢- التطبيق ووصف العينة

أولاً عينات الأطفال العاملين من المظفر والكبار:

تم التطبيق عليهم في مناطق وأماكن العمل السابق ذكرها، وقد كان للتطبيق يتم بشكل فردي، وأحياناً كل البلطج يجد طفلين يعملان بورشة واحدة،

أحدهما كبيراً والآخر صغيراً، أو أن يكونا صغيرين أو كبيرين، فيتم التطبيق عليهما بصورة فردية في وقت واحد. والعينتان جميعهما من المشربين من مرحلة التعليم الأساسي اعتباراً من الصف الخامس، وذلك نظراً لظروفهم الأسرية الصعبة التي تروحت ما بين طلاق الوالدين ورواح أحدهما أو كليهما وصطرار الطفل للمعيشة مع زوجة الأب أو زوج الأم، أو بسبب الصراع المستمر والشجار الدائم بين الأب والأم، وهجر المنزل وقد استغرقت مدة للتطبيق على هاتين العينتين سبعة أشهر ونصف.

ثانياً عينتا الأطفال غير العاملين من الصغار والكبار:

بالنسبة للأطفال صغار السن فقد تم للتطبيق عليهم أيضاً بشكل فردي، وهم جميعاً من مدرستي الإمام محمد عبده، وعمر بين عبد العزيز، أما الأطفال كبار السن فهم جميعاً من مدرسة المنصورة الثانوية بنين. وقد تم للتطبيق عليهم بشكل فردي أيضاً. والفرد العينتين يعيشون في كنف أسرهم، ولم يسبق لأحد منهم أن عمل من قبل وقد استغرقت مدة التطبيق أربعة أشهر. وبذلك يكون إجمالي مدة التطبيق أحد عشر شهراً ونصف.

ورغم تجانس العينات من حيث متغيرات السن وأنهم يقيمون في منطقة جغرافية واحدة تقريباً، إلا أن عينتي الأطفال العاملين من الصغار والكبار تحدثت مواصفات خاصة لكونهما لم يكملتا تعليمهما، كذلك فإن الاختبارات والمقاييس التي تلائم مستواهم العمري أخذت يوثقها الأسس العلمية واعتمدت معاييرها على تلاميذ يدرسون في صفوف التعليم. لذا فقد قام الباحث بتطبيق اختبار الذكاء المصنوع الذي أعده أحمد ركي صالح علي عينات البحث، وهو من الاختبارات التي قُبلت في العديد من الدراسات وله قدر من الثبات والصدق يمكن الوثوق بهما والاعتماد عليهما. والسبب في اختيار هذا الاختبار أنه لا يحتاج إلى استخدام اللغة إلا في شرح التعليمات وما على الطفل إلا أن يختار الشكل المختلف من بين خمسة أشكال متشابهة، ولأنه اختيار غير لفظي لذا فهو

سهل التطبيق، ولا يستغرق وقت طويل مقارنة ببعض اختبارات الانكفاء الأخرى، كذلك فهو مناسب للعينات لأنه يصلح للتطبيق على الأفراد من سن ٨- ١٧ والاختبار مبني على فكرة التصنيف ويعطي دلالة جيدة على تقدير القدرة العقلية العامة. والجنول الآتي يوضح ذلك.

جدول رقم (٢)
يوضح عينات البحث من حيث متغير الانكفاء

2016/17	ن	کبار شیخ متعلق		کبار متعلق		2016/17	ن	مکرم شیخ متعلق		مکرم متعلق	
		ع	م	ع	م			ع	م	ع	م
2016/17	1,88	94,12	91,77	70,82	70,78	2016/17	1,88	94,12	91,1	19,70	88,77

٢- أدوات البحث:

١- استبيان تقدير الشخصية (أ ت ش).

وهو من تأليف "رونالد ب روبر"، وقد أعده للعربية معدوحة سلامة. والاستبيان أداة للتقدير ذاتي أعدت بهدف الحصول على تقدير كمي لشخصية الطفل، وكيف يدرك نفسه وفقاً لمبعدة أبعاد هي.

- ١- العنوان والعداء.
- ٢- الاعتمادية
- ٣- تقدير أو تقييم الذات.
- ٤- الكفاءة الشخصية.
- ٥- التجارب الانفعالي.
- ٦- القدرات الاتصالي.
- ٧- النظرة للحياة.

والاستبيان يصلح للاستخدام في أغراض بحثية متعددة هي مجال الطولية نظرًا لتعدد الخصائص النفسية التي يقوم بقياسها. ولهذا الاستبيان صورة خاصة بالكبار تستخدم مع المراهقين والبالغين، ولحري خاصة بالأطفال

وهي المستخدمة في البحث الحالي. ويقوم المستجيب لأي من الصورتين بالإجابة على العبارات وفقاً لرؤيته لمدى تطبيق كل منها عليه وقد وصفت الدرجة عن كل عبارة وفقاً لأربعة مستويات.

وقد صمم الاستبيان ووضعت درجات العبارة بحيث تشير للدرجة المرتفعة إلى الجانب السلبي من السلوك المراد قياسه وهكذا، فكلما ارتفعت الدرجة على مقياس ما كان ذلك مؤشراً لزيادة السلوك السلبي، أي العنوان والعداء بالنسبة للمقياس الفرعي الأول، أو الاعتمادية في المقياس الفرعي الثاني، أو تخاصص تقدير الذات في المقياس الفرعي الثالث، أو عدم الكفاية الشخصية، وعدم التجاوب الانفعالي، وعدم الثبات الانفعالي، والنظرة السلبية للحياة، وذلك في المقياس من الأربع إلى المبلغ على الترتيب.

هذا وقد صيغت بعض عبارات الاستبيان بعكس اتجاه العبارات الأخرى بحيث تشير إلى الجانب الإيجابي من السلوك المراد قياسه، وذلك للتخفيف من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات Response Set هذا وكل مقياس فرعي يحتوي على ست عبارات بمجموع كلي (٤٢) مفردة، والاستبيان له صورة للكبار بها نفس المقاييس الفرعية مع اختلاف عدد العبارات الكلية وصياغة العبارات.

ب- مقياس قوة الأنا:

وهو من تأليف "هارون م"، وقد أعده للعربية علاء الدين كحافى، وهو مقتبس من اختبار الشخصية متعدد الأوجه (MMPI). والمقياس كما يقول معدّه له مهتمتان رئيستان الأولى: قياس قوة الأنا، أي قدرته على القيام بوظائفه أو قوة الأنا كمتغير في الشخصية. والثانية هي التنبؤ بمدى نجاح العلاج النفسي، حيث يمكن التنبؤ من خلال الدرجات على المقياس بمدى فاعلية العلاج وجوؤه، وذلك بناء على قياس الاحتمال لقوة الأنا الكامنة عند المريض، وكلما زادت درجة المريض على المقياس، زاد احتمال شفائه، وقصرت مدة العلاج هذا وقد

صنف يارون المقياس في فئات طبقاً لنوع التجانس السيكولوجي لمصمموه
الفئات، وهذه الفئات هي:

- ١- الوظائف الجسمية والثبات الاتعمالي Physical Functioning and Physiological Stability
- ٢- الضعف (السيكاثينيا) والحرلة Psychasthenia
- ٣- الاتجاهات نحو الدين Attitudes Towards Religion
- ٤- الوضع الأخقي Moral Posture
- ٥- الإحساس بالواقع Sense of Reality
- ٦- الكفاية الشخصية والقدرة على التصرف Personal adequacy, ability to cope
- ٧- الفوبيات وقلق الطفولة Phobias, infantile anxiety
- ٨- متنوعات Miscellaneous

والمقياس يتكون من ٦٤ مفردة، يستجيب عليها الفرد إما بنعم أو لا،
وتعطي درجة للاستجابة على كل مفردة.
جـ- مقياس الشخصية المتوافقة:

أعد هذا الاختبار مصري حورية والمبدف فهمي وهو يهدف للتعرف إلى
الشخص المتوافق، كيف يكون سلوكه إزاء ما يتعرض له من مواقف، ما هي
خصائصه النفسية والوجدانية، واتجاهاته وعلاقاته مع الغير ونظراته للحياة
والنفس والدين. والاختبار يتضمن بنوده ما يعرف باسم مجالية التوافق ومنها
التوافق الفدراسي والمهلي والفردي، وكذلك توافق الحياة الجسمية، وأيضاً ما
يعرف باسم صحة التوافق، فالتوافق يستهدف الرضا عن النفس وراحة البال
والإطمئنان نتيجة الشعور بالقدرة الداتية على التوافق أو التكيف مع البيئة
والتفاعل مع الآخرين، أيضاً من حيث أنها الوسيلة التي يشبع بها الفرد حاجاته
التي تشير دولفمه. كذلك يكون الفرد متوافقاً إذا هو أحسن التعامل مع الآخرين

بشأن هذه الحاجات وإجادة تناول ما يحقق رغبته بما يرضيه ويرضي الآخرين أيضاً .. الخ.

هذا ويتكون المقياس من (٤٦) بنداً تعبر جميعها عن التوافق. ويجب على كل بند في سوء مقياس مكون من خمسة درجات، فكل درجات (١ - ٥) سلبية تمتد إلى الإيجابية، وذلك من خلال تجنب الفرد عن عدم توافقه إلى توافقه والاحتياط يمكن أن يطبق في موقف فردي أو في موقف جمعي. والدرجة العالية تعني توافق الفرد والعكس صحيح، وهي تدل بصفة عامة على توافق الفرد في تعامله مع المواقف المختلفة.

٤ - ثبات أدوات البحث وسنيتها.

١- ثبات استبيان تقدير الشخصية وسنيتها.

تم إعداد الاستبيان باللغة العربية وفقاً لتعليمات الجعد الأصلي واتباع بعض خطوات إيجاد الصدق والثبات وقد تراوحت معاملات ثبات ألفا لكرونباخ للمقاييس الفرعية للأداة ما بين ٠,٥٦، ٠,٧٩. ومعامل ألفا لأداة إحصائية حساسة لأخطاء العينة والمقياس. ومعامل الثبات بهذا الشكل تشير إلى مستوى طيب للنسبة العربية للاستبيان بمقارنة معاملات الثبات بالعينة الأمريكية. كذلك تم إيجاد التجانس الداخلي للمفردات بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة ومجموع المقياس الفرعي الذي تنتمي إليه. وقد كانت معاملات الارتباط الخاصة بجميع مفردات الاستبيان (٤٢ مفردة) دالة. والاستبيان تم التحقق منه من صدق تكريره العرض عن طريق التحليل العاملي، وقد تم استخلاص أربعة عوامل هي التقييم السلبي للذات وعدم الثبات الانفعالي وعدم التجارب الانفعالي وهي نفس العوامل التي استخلصها "رومر".

وقد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب ثبات الاستبيان، بتابع طريقة التجربة للصدقية (فردي - زوجي) لبحارات الاختبار البالغ عددها (٢٢) عبارة، وتقدير قيمة معامل ارتباط النصفين وجد أنه مساوياً (٠,٥٩)،

وبحساب معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان برول للتصحيح وجد أنه مساوياً (٠,٧٤). أما صندوق الاحتيار فقد تم حسابه بطريقة صندوق الإتصال اللدائلي، وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط البينية بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، وقد تروحت جميع معاملات الارتباط بين (٠,٦١، ٠,٨٥) وهي جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١).

٢- ثبات مقياس قوة الأنا وصلته:

قامت العديد من الدراسات والبحوث لدراسة ثبات مقياس بلرون لقوة الأنا منها محمد ربيع شحاته، ١٩٧٨، بلدية القنوي، ١٩٨٢، علاء كفاي، ١٩٨٢، رشاد موسى وليلى بنوي، ١٩٨٧، ورشاد موسى وليلى مصطفى وصلاح الدين أبو ناهية، ١٩٨٨، حسين علي فايد ١٩٩٧.

أما عن صندوق المقياس فقد قام العديد من الباحثين بإيجاد صنفه منهم علاء كفاي، ١٩٨٢، ١٩٨٦، رشاد موسى وليلى بنوي ١٩٨٧، رشاد موسى وليلى مصطفى وصلاح الدين أبو ناهية، ١٩٨٨، وحسين فايد ١٩٩٧ (رشاد موسى، ١٩٨٨، وحسين فايد، ١٩٩٧). وقد أكتفى الباحث في بحثه الحالي بما حققه هذا المقياس من نتائج في تلك البحوث السابقة وبما حققه من قدر عال من الثبات والصندوق.

٢- صندوق مقياس الشخصية المتوافقة وثباته:

فقد هذا المقياس في دراسة سابقة (السيد فهمي، ١٩٩٤) على عينة قوامها ٢٠٠ فرد (مائة ذكر ومائة إناث). وقد تم حساب صنفه وثباته وتركيبه العاملي كما يلي:

أولاً. الصنف. تم حساب الصنف بثلاث طرق هي:

١- صندوق المحكمين والذي استخدمه الباحث لتقديرهم بعد ذلك لحساب النسبة المئوية بما يسمى معامل تساق كيندل أو معامل ارتباط كيندل وقد

كانت القيمة مساوية لـ ٠٠,٧٧، وهذا يعني أن هناك اتفاقاً أو اتفاقاً بين المحاسبين لبنود المقياس.

ب- الصندوق العملي: تم حساب الصندوق العملي عن طريق التحليل العملي للمصروفة الارتباطية لبنود المقياس، وقد أظهر التحليل العملي اتساقاً متسقة من العوامل التي تكشف عن اتساق في العلاقات بين البنود والتي تقع في زملة واحدة.

ج- صندوق المفردات أو الاتفاق الداخلي: حسب إيجاد معامل الارتباط بين كل وحدة من وحدات المقياس والمقياس كله، وقد تراوحت الدلالة بين (٠,٠٥، ٠,٠١).

ثانياً: الثبات: حسب الثبات بالطرق الآتية:

أ- طريقة ثبات الاستقرار: حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند (٠,١) لذي الذكور والإناث والهيئة الكلية.

ب- طريقة الاتساق الداخلي: حسب الثبات بطريقتين:

١- الطريقة الأولى: بقسمة البنود إلى فردي وزوجي، وقد تراوحت معاملات الثبات بعد التصحيح بين (٠,٦١، ٠,٨٤) لذي العيّنات الثلاثة.

٢- الطريقة الثانية: بين البنود الفردية والزوجية مع الدرجة الكلية، وقد وجد أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والنصف الفردي تتراوح بين (٠,٩٣، ٠,٨٣)، كما كانت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والنصف الزوجي تتراوح بين (٠,٨٧، ٠,٩٣).

وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات الاختيار بطريقة التجزئة النصفية لكل معامل الارتباط مساوياً لـ ٠,٧٩، ومعامل ثبات مساوياً لـ ٠,٨٦ تقريباً، كما تم حساب الصندوق الذاتي للمقياس فكان مساوياً لـ ٠,٨٩، إذ أن للصندوق الذاتي له أهميته القصوى في تحديد النهاية العظمى لمعاملات الصندوق التجريبي والصندوق العملي، أي أن الحد الأدنى لمعامل صندوق الاختيار يساوي معامل

صدقه الذاتي وبالتالي لا يمكن أن تتجاوز القيمة العددية لمعامل صدق الاختبار
معامل صدقه الذاتي (مؤلف البهي، ١٩٧٩: ٥٥٢).
نأسف الأساليب الإحصائية:

حسب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لعينتي البحث،
وكذلك اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات عينات البحث.

النتائج ومناقشتها.

جدول رقم (٢)

درجات للتوصيات النفسية والاجتماعية للمهارة والقيم وتم
تغييرات استبيان لتقدير الذات لدى الأطفال المصلين وغير المصلين من سكان المدن

النتائج	الطفل المصل	الطفل غير المصل	ت	القيمة
	ع	م		
الحولن/ العدا	١٥,٢٧	١٢,٨٣	٣,٥٥	٠,٠١
الإحصائية	١٩,١٧	١٩,٥	٠,٥٩	غير دالة
التقدير المصلي للذات	١١,٧٧	١١,٣	٠,٧٨	غير دالة
عدم تكافؤ	١٣,٥	١١,٤٣	٢,٥٨	٠,٠١
عدم التجارب الإيجابي	١٣,٢	١١,٥٧	٢,٧٨	٠,٠١
عدم الذات الإيجابي	١٧,٢٣	١٥,٣٣	٢,٥٩	دالة
المظهر الشخصية للحياة	١٣,٠٧	١١,٣	٢,٢٣	٠,٠١

جدول رقم (٣)

درجات للتوصيات النفسية والاجتماعية للمهارة والقيم وتم
تغيير قوة الذات لدى الأطفال المصلين وغير المصلين من سكان المدن

النتائج	الطفل المصل	الطفل غير المصل	ت	القيمة
	ع	م		
قوة الذات	٣١,٢٧	٢٨,٨	٢,٥٣	٠,٠٥

جدول رقم (٤)

درجات للتوصيات النفسية والاجتماعية للمهارة والقيم وتم
التغير الشخصية المتوقعة لدى الأطفال المصلين وغير المصلين من سكان المدن

النتائج	الطفل المصل	الطفل غير المصل	ت	القيمة
	ع	م		
الشخصية المتوقعة	١٦,٠٦٥	١٠,٣٨	١٤,٣١	٠,٠٠١

مناقشة نتائج الفرض الأول:

بالنظر في جدول (٢) يلاحظ ما يلي:

أولاً: بالنسبة لمتغير الحولن/ العدا، كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٠١)
لمساح الأطفال العاملين صغار السن، والنتيجة بهذا الشكل تعني أن
الطفل العامل أكثر عذوبة من غير العامل ويتفقد عذوبته هذا في أنه إما
أن يوجهه دليلاً بالعصب والاستياء نحو الذات أو خارجياً نحو الآخرين

لنحو الأشياء والمواقف. ووفقاً لتعليمات الاختيار فإن عدول تلك اللغة يتنوع ما بين العدول اللفظي على هيئة نقار أو شجار أو تهكم لاذع أو استهزاء، أو التحقير والمبالاة، أو توجيه الضرب والركل والكم ضد الآخرين كذلك فقد يتجه هذا العدول نحو تكمير أكلات الأشياء عن قصد والإطاحة بها وهذه النتيجة تعد منطقية جداً، ونظراً لما يتعرض له هؤلاء الأطفال من ظروف قاسية في الأسرة وفي العمل، فهم يهتفون ويحقرون ويصربون كل يوم، وطبيعي مع هذا كله أن يتولد لديهم شعور بالعداء والمصعب إزاء كل الإهانات خصوصاً الإهانات الجسدية التي يلقاها من صاحب العمل ومن يطلق عليهم لفظ "مسيحية" أو "المطمين".

ثانياً: بالنسبة لمتغير الاعتمادية، تبين عدم وجود دلالة بين العنيتين وهي نتيجة أكثر من منطقية أيضاً فكلاهما طفل، وكلاهما يحتاج إلى الاعتماد على الآخرين والشعور بالطمأنينة مع قدر من الإرشاد والتوجيه يسمي كلاهما نحو الحصول على عطف وحنان ومتصل وتشجيع الآخرين، فهذا في مكان العمل والمدرسة المتصدع وذلك في المدرسة ومع الأصناف والأسرة إلى طفولتهم البريئة تذهب بهما نحو الحصول على عون الآخرين حين يمران بمشكلات خاصة أو عادية. إن كل ما سمي إليه كلاهما هو الحصول على اهتمام ومحبة ودفء الكبار، وجذب الانتباه، والتشبث بالكبار مع عدم الطمأنينة والقلق في غياب مصدر التشجيع أو العطف، أي كأي هذا المصدر.

ثالثاً: بالنسبة لمتغير التقدير الذاتي، تبين أيضاً عدم وجود دلالة بينهما، وإن كانت درجة المتوسط أعلي لدى عينة الأطفال العاملين، بما قد يشير إلى عدم قبولهم لأنفسهم وشعورهم بالنقص عند مقارنتهم بالآخرين، ليس هذا بمستغرب أن يكون هذا هو شعور الطفل العامل، فليس هو من قوائمه الذين يسمون بالحياة الأسرية الدافئة؟ ليس هم من يد الأب التي تسلي

الدقة وثبت الأمر؟ لو حصل الام وعطعها الأم التي تزكد هوية الطفل كما جاء في سياق هذا البحث الحالي.

رابعاً: بالنسبة لمتغير عدم الكفاية، إن الكفاية الشخصية تعني تقييم الفرد لكفايته للقيام بالمهام العادية ومدى قدرته على معالجة المشكلات اليومية والوفاء بحاجاته شكل يرصى عنه هو، هذه الكفاية لا تتوفر للطفل العامل على الإطلاق، فالدلالة في صالحه، وهذا يعني أنه يشعر بالعجز والفصالة مع الشعور بالفشل والقدرة على التناقص بمحاج من أجل ما يريد للحصول عليه أو فيما يهمه من مهام، وهذه النتيجة تتناقض تماماً مع سابقتها ويكون صورة علمة نحو تقييم الذات بشكل علم، فعدم قبول الفرد لنفسه وعدم شعوره بكفايتها يتناغمان معاً لوطداً إلى المشاعر والاتجاهات والإلراكات المتعلقة بالذات تمتد نحو الطرف السليم.

خامساً: بالنسبة لمتغير التجلوب الاتعالي، لم تتغير تلك النتيجة عن سابقتها، فالدلالة لصالح الطفل العامل، فقد القدرة على التعبير بحرية وثقافية عن مشاعره وفعالاته تجاه الآخرين، هذا الطفل العامل وفقاً لهذه النتيجة يصعب عليه قبول المودة رغم حاجته لها، وكذلك مشاعر الحب من الآخرين، إذ لا يمكنه أن يبذل الآخرين هذا العطف والحب، ولم لا وفقد الشيء في بعض الأحيان لا يعطي ما حرم منه، وهم من قتل طموحاتهم واختلعت براعتهم بسبب ظروف أسرية كال من الممكن تقاضيها. أنه يفقد التلقائية في التعبير، ويكوب بعمر وكل ما يعيشه يتمثل في أوامر صارمة قاسية صاخرة إليه، عصب وتوبيخ دائمين، التعبير الوحيد الذي يمكنه هو أن يعصّب وأغلب الظن سيكون غضباً داخلياً يصره ضرراً شديداً حضية صاحب العمل أو "الصخاعي" الكبير.

سادساً: بالنسبة لمتغير عدم الثبات الاتعالي، ابررت النتائج ما يؤكد عدم ثبات هذا لطفل اتعالياً، الدلالة في جانبه، ولينها دلالة إيجابية بل سلبية، تؤكد

علي أن الطفل العامل تخزي حالته المرآجية تراجح لا يمكن التقبيل به أو تحديده إنه يتقل بسرعة من مشاعر البهجة والسرور إلي مشاعر الغضب وعدم الرضا، إنه لسطراب نفسي، كذلك فهو يتحول من شعور بالمودة إلي الشعور بعدم الرضا ومنطقية هذه النتيجة تتأكد حينما نقاب مسعفت البحث والنتيجة الحالية، فالظروف الأسرية الصعبة وحالات الطلاق والاتصال لا تساعد الطفل علي التوافق بل تدفعه نحو عدم الثبات، والخوافة وكلاهما يشيران بوضوح إلي طفل يعاني خلا في التكوين النفسي له، لي وجود الأب بشكل دائم يعني سواء الطفل، وأطفال هذا البحث غير أسوياء، ينزعجون عند أدنى توتر ويضطربون لأدنى صعوبة، وأخيراً من السهل استئثارهم.

سأها: النظرة السلبية للحياة: كيف تكون حياة طفل عدول، اعتمادا ينظر لاداة نظرة سلبية، يعاني من عدم الكفاءة، غير متجولب اجتماعيا، متجمد، قتلت طفولته، واغتولت برامته، متذبذب. متراجح بين الرضا والغضب، إنها حياة من يري العالم من حوله كمكان ملي بالأخطار، والتهديد وعدم الرقي، مكفه غير طيب وغير لئ. إنها حياة لطفل العامل الصغير الذي لم يتجولر ثالثة عشر، ويعمل في الوقت الذي مفروض فيه أن يلهو ل يمرح، أن يحقق ذاته، أن يؤكد كفته. وفي النهاية فإن النتيجة النهائية للررض تعني أنه قد تحقق بشكل كبير، وبما يعني أن الأمرة حين يتصدع بنواها ويحمها للصراع الدائم فإن ذلك ينعكس علي عوامل أو متغيرات تدوير الطفل لشخصيته.

مناقشة نتائج الفرض الثاني:

بالنظر إلي جدول (٣) يتبين وجود دلالة لصالح عينة الأطفال غير العاملين، فترة الأنا في حوزتهم، والتي هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية، والنتيجة بشكل عام تعني ثبوتهم الاجتماعي، وثقلهم مع الذات والمجتمع، وظوهم من الأعراس العائلية، والإصلا الإيجابي بالرصاص

والكفية. وهي نتيجة تتسق تماماً مع درجاتهم علي متغيرات تقدير الشخصية وتؤكد علي أن الأسرة إذا هزت لأبنائها كل ما يحتاجون واحتستهم ودعمتهم علي طول الحظ شربوا عن الطوق وهم أصحاء نفسياً، وبألها من كلمة، سواء الفرد نفسياً يحيي توافقاً عاماً، وطوراً من الكثير من الأمراض العضوية التي تسبب اعتلال الصحة النفسية والتي يطلق عليها الأمراض الميكوسوماتية أو الأمراض النفس جسمية. والنتيجة بهذا الشكل تعني عصبية الأطفال العاملين، صناعهم مناسب لنمو المرض النفسي، وكلما زاد بصيبتهم من العصبية كانت كمية الصعوبات اللازمة لأحداث العصب كالألة والنتيجة بهذا الشكل تتسق تماماً مع ما عرض في سابق هذا البحث وتؤكد علي أهمية دور الأسرة خصوصاً الأب والأم.

مناقشة الفرض الثالث:

بالنظر في الجدول رقم (٤) يتبين بوضوح دلالة مرتفعة عدد مستوي (٠.٠٠١)، بما يعني أن الكبار العاملين من الأطفال أقل توافقاً بشكل عام مقارنة بنويهم من غير العاملين، والنتيجة بهذا الشكل تؤكد علي أن التوافق العام الذي يتصمن مجالات عديدة، وعالم أرحب، واتجاهات واهتمامات أكثر غير ممثل لدي الطفل العامل الكبير الذي يسوء توافقه أكثر كلما طالت مدة طفولته التي يقضيها في العمل، وكلما ازدادت سلبية وعدم كفايته، فما يبينون فيه يصنعون فيه، لا تتعدل أشياء إيجابية في صالحيهم ولا تتغير ظروفهم الأسرية

إن من الطبيعي أن يكون التوافق العام في صالح غير العاملين ذلك لأن لديهم مجالات عديدة لا تتوفر للطفل العامل الكبير مثل التوافق الدراسي والتروحي، وإذا كان العامل الطفل الصغير قد أظهر صحماً في الآن وانعكاساً في تقدير الذات فقد لحق به الطفل العامل الكبير ولم يتغير شئ بينهما والسبب الظروف الأسرية التي زجت بهم إلي عياهد الاضطرابات النفسية وسوء التوافق والتكيف إن النتيجة النهائية لهذا الفرص تعني أن الأطفال العاملين الكبار لا يعيشون في حالة من الرضا والانسجام سواء مع أنفسهم أو مع

مجتمعهم وكل ما يحيط بهم من كائنات بشرية وغير بشرية، وتطني أيضاً أن غير العاملين يسلكون السلوكي السوي إزاء تحقيق مطالبهم ومطالب بيئتهم. وأنهم قادرون على تغير سلوكهم إذا ما ولجها موقفاً جديداً أو مشكلة اجتماعية أو خلقية أو نفسية.

وفي النهاية يعود اهتمام هل لسلامة الطفل الصغير أو الكبير إيجابية، والإجابة - كما يراها الباحث - هي لا، لأن علاقته يعود نتائجها عليه بالسلب، فخصباً كما تؤكد الدراسات السابقة التي عرصت في البحث بلا استثناء، أنه يصاب بعزل وأمراس عديدة وأمراض القلب والدم وأمراض الجلد والأنيميا، وأمراض الصدر، وحالات إسهال، وتخنة والتهاب كبدى وبقي دم بالبول، وأمراض أخرى عديدة قد يصعب حصرها، ونصياً فهم يعقون من فقدان الذات وصعب الأنا وسوء التوافق، واجتماعياً فهم يشعرون بالذونية ويعاملون معاملة لا تنسب بالإيمانية في أحيان كثيرة، وعلمياً فهم يفتقون كل سبل الاتصال بالتعليم، فيتسربون منه، ويزداد جهل بعضهم، وتضعف قدرة بعضهم على القراءة بفعل الابتعاد عن التعليم والتسرب المبكر منه، وأسراراً فهم ينتمون لأمر سادها الطلاق، والتفكك الأسري والصراع بين الوالدين.

إن نتيجة هذه الدراسة تتفق مع بعض الدراسات التي أجراها المركز القومي وغيره من عدم توافق الطفل العامل، لكنها أيضاً تؤكد على اعتلال الصحة النفسية بشكل عام للطفل العامل، وهذا ما لم تتناوله أي دراسة سابقة من قبل من حيث متغيرات البحث، فساداً بعد فقدان الأنا والتعليم تقدير الذات وسوء التوافق العام.

تعقيب عام على النتائج:

لقد بصت وثيقة السيد الرئيس/ حسنى مبارك رئيس الجمهورية، على اعتبار أن عشر سنوات المصيرية من (١٩٨٩ - ١٩٩٩) هي بمثابة عقداً لحملية الطفل المصري، تلك الوثيقة التي أقرت مجموعة من العناصر الهامة

لحماية الطفل. والمسأل هل تحقق هذا بعد هذه السنوات العشر؟ هل تحقق هذا وما زال بين أركاننا أطفال ينزون، يعانون ظروفًا أسرية صعبة للعاية، لقد أكتفت الدراسات على أن أسر الطفل العامل ينامون معاً في أماكن مرصحة وبكثافة في مكان المعيشة، ينتمون لأبناء لسيور في الغالب أو توقفوا عن الدراسة، بمستواهم التعليمي متدني خصوصاً في الريف عن التحضر والتعليم لأبد منه لا للطفل العامل فقط بل لكل البشر، إنه يساعد على نمو الذات وعلى التوافق النفسي، وكل الأطفال العاملين محرومون من الدراسة، فمنهم من لم يكمل تعليمه ومنهم من لم يتعلم أصلاً ولم ير للعلم بصيص نور.

إن الطفل العامل يعامل معاملة سيئة، إنه لا يختلف عن أطفال الشوارع حيث يتعرض الإنسان لمختلف أنواع المخاطر والاستغلال، ويحرم العديد منهم من مختلف أنواع الحماية والرعاية القانونية والاجتماعية والأسرية والنفسية، مما قد يدفعهم إلى الانحراف وإلى نيل الجريمة وما أكثر ما حدث من هذا - والعنف الموجه للمجتمع بأسره، وأطفال الشوارع يشملون المشردين والمغتولبين وغيرهم، كلهم أطفال، كلهم يعانون ظروفًا تنوء بحملها الجبال.

فهي لأحد الدراسات على مجموعة من الأطفال المتغولبين المحتردين عن أسر مستواها متدني تبين أنهم يعانون من مشاكل في القلب والصدر، وقسوة الأب، ويمانون مشاعر القهر، ويتعرضون للطرْد، أحلامهم مفرقة، ولديهم الرغبة في تحطيم الأشياء، وهم مصنفون بأمر أص جلدية مرمية ويتعرضون كثيراً للإساءة النفسية، والمشردون تبين أنهم عنديون، يميلون للوحدة النفسية، أقل تقديرًا لذواتهم لا يرون قيمة لأنفسهم ولا يشعرون بمشاعر التقبل من الآخرين، مما يجعلهم لا يستطيعون تحقيق ذواتهم ويشعرون بالعجز والفشل في انجازاتهم مما ينمي لديهم الشعور بالدونية، الشارع بكل خبراته هو مرجعهم الوحيد إنهم وغيرهم إفرازات أسر متدنية في كل شيء، وستظل أصابع الاتهام تشير إلى الأسر التي لا ترعى أطفالها وتحطم فيهم الذات، فماداً لو رد عدد تلك الأسر، ورد معها عدد الأطفال العاملين، أغلب الظن أننا سيكون لدينا بعد عقد أو ريادة، ملايين الأطفال من مصطلحي الشخصية، سيى التكديف، هؤلاء

الأطفال سيكيزون، ويبينون أسرهم أيضاً، فضلاً عن انتظار منهم. ماذا لو لم يكن قادر
مد يد العون بحاجب الدولة وما تقدمه لمواطنيها، وماذا لو تمسك بالعدل
وحافظاً قدر استطاعتهما علي أطفالهما. إنا لو قضينا علي رعاية الأطفال
منقصي علي بطلان الكبار.

عليما في مد يد العون لأسر الأطفال العاملة، فالدولة وإن كانت تتحمل
أعباء دعم السلع الأساسية، وتوسعت في تطبيق نظام الأسر المنتجة، فإن ذلك
لا يغني عن كفاءة المعيش الملائم والدعم المالي للأسر المعتمدة أو ذات الدخل
المحدود، يجب أن تدخل الأسر المعتمدة بنظام الضمان الاجتماعي، والذي
يتضمن نظم الضمان بما يسمى "شبكة الأمان" التي تقي المواطن من الحور
والحرمان لكي يحمي الطفولة، فهي حمايتنا لها حماية لمستقبل الأمة كلها ولن
يحمي الطفولة إلا بإدخالها علي بيت الداء، وبيت الداء الأسرة المولدة
للمرض.

إذا يجب عليما في لخطأ لبناء الأسرة، وفقاً لنموذج فعال بحيث يتمتع
بأخلاقيات مستمدة من الدين وجب الوطن ولا تقتعد عن طبيعة العصر، مع
سلوكيات عليية تجعل منها أسرة متمسكة واحة، منتجة بكامل أفرادها، طينا
العناية بالأطفال جيل المستقبل الذي سيكون علي يديه التغيير، عناية نوعية
تتصل بلموهم الجسدي والعقلي والمعرفي والروحي، وإعدادهم لتنمية المهارات
التي يحتاج إليها المجتمع بالفعل وفق ما يصلحون له وما يبرعون فيه

عليما إلا نعرضهم للإيذاء النفسي والاجتماعي وهو ما يتحقق لو
جرمناه من الحب والمناخية والرعاية، وألا نمنح له حتى يكون لدينا طفل سوي
قادر علي التحكم والبصيرة والفطنة بالنفس، ونحتكم بالبحث بالقول بأن الطفل إذا
عاش في بيئة تتقدمه تعلم في بطن الأحرار، وإذا عاش في بيئة تكرمه تعلم في
جوارب الأحرار، وإذا عاش في بيئة تحييه تعلم في بطن مروجس للشر، وإذا
عاش في بيئة تشفق عليه تعلم في بطن لنفسه، وإذا عاش في بيئة حقودة تعلم
الإحساس بالذنب، وإذا عاش في بيئة متساهلة تعلم في بطن مريضاً، وإذا عاش
في بيئة تشجعه تعلم في بطن في نفسه، وإذا عاش في بيئة تمنحه تعلم أن يكون
قادر، وإذا عاش في بيئة تشعّر بالفشل تعلم أن يكون محباً

الدراسة الثانية

تأثير وفاة الأب على بعض المتغيرات الوجدانية والشخصية والقيم لدى هيئة من المراهقات

أولاً: مقدمة

إن طعلاً بلا أب، كمنزل بلا سقف(*)، جملة قيلت قديماً قديماً لكنها تبرز أهمية الأب في حياة كل طفل، إنه بمثابة سقف يحمي الطفل من كل ما يسوره، يحجب عنه كل المأسي والمحن، ييسر له كل ما من شأنه أن يطلو ويمحو به أعلى الأفق، إنه حين يكون ممكناً لمن، تراه يسهم بشكل فعال ومؤثر في تكوين الطفل الجسدي والعقلي والوجداني والاجتماعي... إلخ، يسكب في عقله القيم والمثل والمبادئ والتقاليد التي تنفق والمجتمع الذي يعيش فيه، يكون لديه الاتجاهات السوية ويحوزه نحو الإنجاز والتفصيل في شتى مجالات الحياة، يشرب صفقه المكنونة والهدوء، يحبه للقلق، يحبه الاكتئاب، يكسبه الثقة في النفس، ويزرع فيه بهجة الحياة وروعيتها، يؤمنه على عده، يرعاه في مستقبله. إنه مصدر الأمن الأول والقوة والطمأنينة، منبع للحديد من الحاجات الأساسية للطفل خصوصاً في سنوات صرته الأولى.

وإذا كننا شوكي أسير الشعراء قد نمت الأم بأنها مدرسة إذا أعدتها أعددت شعباً طيب الأعراق، فإن الأب هو قائد هذه المدرسة وربها سعيها، ووجوده إلى جوار الأم في الإعداد والتأهيل السليمين يحني شعباً من أنقى الأعراق وأنصفها، شعباً داسمت وحصلت نصبة أقل ما توصف به أنها سمات نصبة سوية خالصة من الشوائب والمواق التي تؤدي إلى اعتلال النفس وتبولها وتغييرها في النهاية.

(*) كما جاء في البيوتية القديمة

إنه متاح الدعم والحنان، ومنحه هذا يجعله مودجا مستحلاً ينظم داخلياً تقدير الذات للأبناء حيث يستدخل الفرد كل ما هو حقيقي وكل ما هو جدير بالاحترام، كما أن إدراكه من قبل الطفل بأنه متاح لنفسه والقبول يكون له أثره الواضح على تقييم الذات للأبناء من الذكور والإناث، كما يكون عاملاً حاسماً في تقدير الأطفال لنواتجهم تفكيراً إيجابياً. والحب والثناء من قبل الأب يبدأ من اللحظات الأولى من عمر الطفل حيث يكون هناك تفاعل مبكر بينهما يسهم بشكل فعال في إعداد الطفل للغد وفي كفايته وعلاقته بالكبار والرفاق هما بعد، واستمرارية هذا التفاعل تجعل الطفل لاحقاً أكثر قدرة على مواجهة التوتر في المواقف الجديدة وأقل خوفاً وتوتراً خصوصاً عند التعامل مع الغرباء ولا يتوقف دور الأب عند هذا، إنه حين يتقبل طفله بكل كماله ونفاذته، فإن ذلك يقلل من مشكلات الطفل ويسهم في تدعيم توافقه الشخصي والاجتماعي.

وبإدراك وجود الأب في حياة كل طفل هو مصدر سعادته ونموه النمو النفسي والصحي السليمين، فإن غيابيه بالطلاق أو الهجر بصفة عامة وبالموت بصفة خاصة، يزلزل أركان المنزل كله، وتتبدل أشياء كثيرة كانت بعيدة كل البعد عن خاطر الطفل وأسرته، فالأم ستحمل أعباء رائدة ومهام عديدة، فالدخل سيخف، وقد تلجأ للعزل مما يؤثر بشكل مباشر في الرعاية الدائمة التي قد يحتاجها الطفل باستمرار، وأيضاً سوف تعاني الأم من العزل الاجتماعي، ونقص في الدعم الاجتماعي والاجتماعي، وسوف تعاني أيضاً من مشاكل عديدة في تنشئة أطفالها بمفردها، وسوف يصبح الأطفال أكثر عرضة لمخاطر اعتلال الصحة النفسية والجسدية، كما سوف يترتب على غياب الأب أو فقدانه آثار خطيرة وعديدة خصوصاً على الخصائص الشخصية والسمات النفسية للطفل مما قد يؤثر ملياً على حياته المستقبلية.

إن غيابيه يعني فقدان أحد ركزي الحب والأمر الحقيقيين اللذين مصدرهما الأب والأم، سيفقد الطفل الرابطة التي وقف خلفه بالمرصاد دافعاً إياه نحو الإنجاز العلمي والتحصيل الجيد، وهذا ما نكتفه إحدى الدراسات التي

أشارت إلى أن فقدان الأب ينعكس الأداء الأكاديمي لدى كل من الذكور والإناث، وخصوصاً الإناث.

إن غياب الأب وما يرتبط به من نتائج سلبية وأحزان على جميع المحيطين بالطفل، سوف يؤثر على شخصية الطفل وعلى تكيفه بل وعلى نوعه، فالإناث مثلاً تتبدل القيم والمعايير الأنثوية لديهن، فهن يعاقبن من فحرفلت في الدور الجنسي الخاص بهن بل قد يؤدي إلى رواجهن المبكر جداً كما هو الحال في المجتمع الأمريكي على وجه الخصوص، مما يؤدي إلى ارتفاع نسب طلاكهن، أو لزيادة احتمالات إقبالهن لأطفال غير شرعيين، أما الذكور فيبتهن الدور الجنسي الذكري، وتخفض درجة نشاطهم مع الآخرين.

إن الآثار الناجمة عن فقدان الأب عديدة، خصوصاً عندما يقدر في مرحلة مبكرة من العمر، كمرحلة الطفولة المبكرة التي يحتاج فيها الطفل إلى من يأخذ بيده نحو إبداءه على نحو سوي مروراً بالمراعاة التي يحتاج فيها الطفل إلى من يفهمه ويرشده ويوجهه ويمد له ملوكه يوماً نحو الصواب، فلكل المرحلة - مرحلة المراعاة - كلها تقلبات فعلية ووجدانية تحتاج إلى من يستقبلها ويعرها، ومن غير الأب يفعل ذلك؟!!

ثانياً: مشكلة الدراسة:

لقد طمأء النفس على أن شخصية الفرد تتكون في الخمس سنوات الأولى من حياته، أما المراحل التالية ما هي إلا عملية تطور وهو لكل منها خصائصها الخاصة، إلا أن السمات الأساسية للشخصية إذا تكونت ومرت بطريقة سليمة تجعلنا نضمن للشخصية على مدى الحياة، وأن أي خلل في هذه المرحلة، وأي اضطراب وتشويش تكون له بصمته على شخصية الطفل في مرحلة جد مهمة وهي مرحلة عتبة الرشد، ألا وهي مرحلة المراعاة التي تعتبر مرحلة نمو فعلى واجتماعي وعلى تتحدد على أثره نوعية شخصية الفرد

التي تتكون بالدرجة الأولى من السمات الوراثية والعكسبة من الوالدين،
والفرص المعرفية المتاحة لتكوين أسس شخصية من تقمص، وإبداع حلجات
نفسية (الحب، الحزن، الرعاية، التوجيه، التعليم، الخ) والتي هي من واجب
الوالدين، فبدأ توفي أحد الوالدين كالأم مثلاً، ففي هذا يكون له أثرٌ عميقٌ على
شخصية الطفل، فدراه بيدي سلوكاً يشير إلى المعاناة وشدة المحبة والشعور
لغامر بالرغبة في الانتقام، وعن الآخرين ينتج الشعور بالذنب والاكتمال مما
يكون له ثلثاً حظيرة على النمو الحلقى للطفل، وهذه الأثر الحظيرة تمتد إلى
الطفل أيضاً عند غياب الأب، فهي تؤثر على توافق الأبناء سواء مع أنفسهم أم
مع أقرانهم، أو على مصدر الضبط الخارجي لديهم وعلى درجة الاكتئاب
وكذلك مفهوم الذات.

ولا يقف تأثير غياب الأب عند هذا الحد بل إنه يمتد إلى أن الأبناء
غائبي الأب يسكنون سلوكاً غير مرغوب فيه، فقد تبين أن ٧٥% من مجموع
من انتموا على الانتحال من المراهقين والمراهقات كانوا ينحدرون من أسر
بغيب فيها الأب، و١٨% من مجموع المراهقين والمراهقات الذين يطلبون
الرعاية الميكيتربة كانوا ينحدرون أيضاً من أسر محطمة

لقد أكدت الدراسات التي أجريت على وجه الخصوص في العندين
الأخريين على أن وجود الأب يسهم بتور فعال ومهم بالنسبة للأبناء، وأن دوره
لا يقل عن دور الأم، فوجوده ضروري لأنه يلعب دوراً مهماً في الحياة النفسية
للطفل، كما أن وجوده يحجب الكثير من المشاكل التي قد يتعرض لها الطفل،
هذه أكدت الدراسات على أن العلاقة الإيجابية بين الأب وأطفاله، مع استمرارية
الحب بين الأب وكل من الأم والأبناء معاً، كل هذا يسهم في توفير الجو
المناسب للطفل كي يشبع حاجاته النفسية والاجتماعية والتي لها دورها الحيوي
في اكتمال نموه النفسي على وجه الخصوص.

أن وجوده سوف يحمي أيضاً من انحرافات سلوكية، لعل أهمها يتمثل في أن غيابه يعسي غولب الرقابة، مما قد يجعل الأبناء يتعاطون المخدرات والمريجات، وأيضاً تتناول المشروبات الكحولية، وكذلك تدخين السجائر.

كما سبق تكمن مشكلة البحث في تناول تأثير الحرمان الكلي من الأب (أي بالوفاة) في فترة الطفولة المتأخرة (الثلاث سنوات الأخيرة على الأقل من مرحلة التطيم الأساسي) على بعض الاتجاهات والقيم والسمات النفسية لدى عينة من المراهقات بمرحلة التطيم الثانوي.

إنها أي مشكلة البحث تتحدد في معرفة إلى أي مدى يمتد تأثير فقدان الوالد على المراهقات اللاتي فقدن والدهن قبل ٣ سنوات (وقت إجراء الدراسة) على قيمهن وعلى سماتهن النفسية والعصابية وعلى إحساسهن بالوحدة النفسية.

ثانياً: أهداف الدراسة:

يمكن أن نجمل أهداف الدراسة في النقاط التالية:

- ١- معرفة تأثير وفاة الأب على بعض السمات الوجدانية لدى عينة من المراهقات اللاتي فقدن والدهن في مرحلة الطفولة المتأخرة مقارنة بمن يشن مع الأوين.
- ٢- معرفة تأثير وفاة الأب على بعض السمات الشخصية لدى بناته اللاتي فقدن والدهن قبل ٣ سنوات على الأقل وصولاً إلى مرحلة المراهقة.
- ٣- معرفة تأثير فقدان الوالد بالوفاة على بعض القيم لدى عينة من المراهقات اللاتي فقدن والدهن في مرحلة الطفولة المتأخرة وحتى بداية مرحلة المراهقة.

ثالثاً: أهمية الدراسة:

من المعروف أن للأطفال في كل مرحلة من مراحل حياتهم، خصوصاً في مرحلة الطفولة المتأخرة حلجات وجدانية، واجتماعية عديدة، منها الحاجة

إلى الأمن والحب والحنان والتقبل والالتقاء والتقدير الاجتماعي وتأكيد الذات والاستقلال والحرية وسلطة مهيمنة مرشدة.

هذه الحاجات لا يمكن للطفل إيرادها أو تحقيقها أو تحقيق قدر منها ما لم تكن هناك أسرة تعدد للمجتمع الذي يعيش فيه، وهي التي تحثر صورة مصعرة للمجتمع الأكبر، والطفل للبشرى بالذات يموت لساعته إذا لم تتلقه الأيدي، لذا فمن أهم وظائف الأسرة عضوية للتنشئة الاجتماعية، إذ لا يكفي أن نجيب أطفالاً، بل على الأسرة أن تتحمل أساساً مسؤولية تطعيم الأطفال للعبة والقيم والعادات والمعيير والمعتقدات والمهارات.

وكل ما يتعلمه الطفل ويتمثله، يتم من خلال الأسرة الممتلئة في الوالدين، اللذين هما أكبر وأول سند لعملية الاتصال الاجتماعي للطفل، ففي سنواته الأولى تنحصر كل اتصالاته أو علاقاته المتمثلة عن طريق الوالدين فقط، والمعتقدات والقيم والاتجاهات حلصة الثقافية إنما يتلقاها الطفل من خلال أبويه. وبالتالي فإن كل اتجاهات الأطفال تتشكل غالباً في مرحلة الطفولة ويكون للتأثير فيها للآب أو لأحد خصوصاً المعتقدات الدينية والسياسية، والقيم الدينية وتحمل للمسئولية وصبط الذات وحسن التصرف والتوافق المرلي والاجتماعي والصحي والانفعالي، وغير ذلك من السمات والخصائص النفسية والوجدانية والعقلية، إنما يكون منبعها الأسرة، بما توفره لأبنائها من رعاية وعضوية، وبسبب توجه الوالدين نحو أبنائهم، خصوصاً في مرحلة المراهقة.

وما سبق تبرر أهمية الدراسة، وما سبق عرضه يؤكد أيضاً على أهمية دور الوالدين في اكتساب الأطفال للقيم بكافة صورها، كما تبرر أهمية دورهما في تشكيل اتجاهات الأطفال منذ نعومة أظفارهم، ولتأثير مصدر الحب والحنان والاستقلال وتحمل المسؤولية والتوافق بكافة صورهم وأشكالهم، كما أنها منبع سمات والخصائص النفسية والوجدانية وغير ذلك كثير.

غير أن فقدان أحدهما (وهو الأب) خصوصاً في مرحلة الطغولة المتأخرة سوف تنعكس آثاره الملبية على المرافقات موضوع الدراسة، لكنه في الوقت ذاته قد يكون دافعاً لهم بما قد يتوافر لديهم من مناح لسري حرهم على استمرارية أداء دور الأب العاقب، هذا الدور ممثل في الأم التي رفضت الزواج بعد وفاة الأب، والتي فئت إلا أن تكمل مسئوليات الأب، إضافة إلى مسئوليتها وأصلها وما أكثرها!

وفي النهاية يمكن إجمال أهمية البحث في النقاط الآتية:-

- أ- باستمرار الترف السيكولوجي النظري والتجريبي، لم يجد الباحث حسب حدود علمه دراسة واحدة تناولت المتغيرات المستخدمة في هذه الدراسة وهي القيم (أخلاقيات النجاح في العمل، الاهتمام بالمستقبل، استقلال الذات، التشدد في الحلق والدين) والقلق كعائلة وكسمة، والتقدير الذاتي للاكتئاب، والوحدة النفسية وأخيراً التعرف إلى بعض الخصائص الشخصية ومدى تأثير وفاة الأب عليها وهي السيطرة، والمسئولية، والاجتماعية، والثبات الانفعالي، ومن ثم على هذه الدراسة يأمل الباحث منها أن تكون إضافة سيكولوجية لهذا المجال.
- ب- معرفة الدور الكامن للأب في مساعدة بنتها على نموها النفسي وتكوين القيم لديها
- ج- تناول تأثير وفاة الأب في مرحلة الطغولة المتأخرة على عينة من المرافقات اللاتي توفي والدهن قبل ثلاث سنوات على الأقل.
- د- تناول المتغيرات السيكولوجية المتمثلة في دراسة بعض القيم والسمات النفسية والعصبية، إضافة للوحدة النفسية.

خامساً. المفاهيم الأساسية للدراسة:

تقتصر التعريفات التي سوف نلتزم بها الدراسة الحالية على ما يلي:

- أ- **الوحدة النفسية:** يتصد بها إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية Psychological gap تباعد بينه وبين شخص وموضوعات مجاله النفسي إلى درجة يشعر معها الفرد بفتنة القبول والحب والتواد من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة مع أي شخص وموضوعات الوسط الذي يعيش فيه ويمارس دوره من خلاله.
- ب- **حالة القلق:** حالة مؤقتة أو حالة لكائن الإنساني التي يتسم بها دلخيا، وذلك لمشاعر التوتر المدركة شعوريا والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي للداني، فتظهر علامات حالة القلق، وتختلف حالات قلق هذه في شدتها وتقلبها معظم الوقت.
- ج- **سمة القلق:** يشير إلى الاختلافات الفردية (الثابتة نسبيا) في قابلية الإصابة بالقلق التي ترجع إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف المدركة باعتبارها مواقف تهديديه بارتفاع حالة القلق، إنها تعني النظرة إلى العالم المليء بالحديد من المواقف المثيرة التي يشعر بها الفرد أنها شئ خطر أو مهدد للدات، كما أنها تعني الميل إلى الاستجابة لمثل هذه التهديدات بحالة من القلق.
- د- **المسيطر Ascendancy:** تميز أولئك الأفراد الذين يتخذون دوراً نشطاً في الجماعة والواقفين من أنفسهم والجزميس المصريين في علاقاتهم بالآخرين، والذين يميلون إلى اتخاذ القرارات مستقلين عن غيرهم.
- هـ- **المسئولية Responsibility:** تميز الأفراد الذين يقدرون على الاستمرار في أي عمل يكفون به، والمثابرين والمصممين، والذين يمكن الاعتماد عليهم.
- و- **الانتران الانفعالي Emotional Stability:** تميز الأفراد الذين يكونون عادة بمنأى عن قلق والتوتر العصبي والحساسية للردة والعصبية، والذين يمكنهم تحمل الإحباط.

ر- الاجتماعية: Sociability: تميز الأفراد الذين يحبون مخالطة الناس والعمل معهم ويرغبون في التجمعات، وفي مزيد من الاتصالات الاجتماعية. (جابر عبد الحميد وفؤاد أبو حطب).

ح أخلاقيات النجاح في العمل: (قيمة تقليدية) ويقابلها الاستمتاع بالمسحبة والأصدقاء (قيمة عصرية): وهي تميز الفرد الذي يعطي من قيم النجاح في العمل، والذي يرى أن من واجبه أن يحرر مركزاً أعلى مما حققه والده، والذي ينظر إلى العمل نظرة ليست فيها تسلية، فهو دائماً يعمل بجتهاد على نحو الفصل من الآخرين، وحين يكلف بالعمل فإنه يجره كله، ودائماً يسعى للعمل الذي يجعله ناجحاً في الحياة، كما أنه يشعر بارتياح إن كان من أوائل الطلبة، كما أنه يتميز بالطموح.

ط- الاهتمام بالمستقبل: (قيمة تقليدية) مقابل الاستمتاع بالحاضر (قيمة عصرية): وهي تميز الفرد الذي تقل قيمة الحاضر عنده مقابل لو من أجل المستقبل، فهو ينكر إتياع الحاجات الحاضرة وإرضاء ما لتحقيق إتياعه أعظم في المستقبل، فيبني على الفرد الشعور بأن المستقبل مليء بالفرص له، وأن يحرر أكبر قدر من المال يستطيع اقتصاده، وأن ينفق ما لا أقل على ملامه ليتقصد لحاجات المستقبل، وأن يعيش من أجل المستقبل.

ي- استقلال الذات: (قيمة تقليدية) مقابل مسايرة الآخرين (قيمة عصرية): وهي تميز الفرد الذي يعمل بجتهاد أكثر مقارنة ببلاده، والعمل الذي يعمل به يكون خارجاً عن المألوف، وأن تكون له آراء سياسية ودينية، وهو يشعر أيضاً بأن ما يقوم به من أعمال يتسم بالفردية، ويتفق أكثر قدر يستطيعه من الوقت في العمل وحيث يكون مستقلاً عن الآخرين، لا يعا في عمله بما يراه الآخرون، يشعر يوماً أن من الصواب أن يكون طموحاً جداً

- ك- **التشدد في الخلق والدين:** (قيمة تقليدية) مقابل النسبية والتساهل: وهي تمير للفرد الذي يرى أن تحمل الأكم والمقصاة أمر هام بالقيمة له بمعنى الزمن، والذي يرى أن من الواجب أن تكون له معتقدات قوية عما هو صواب، وما هو خطأ، كذلك فهي تمير الفرد الذي يشعر بأن أهم شيء في الحياة هو أن يكفح من أجل إرضاء الله سبحانه وتعالى، وأن تكون معتقداته عن الصواب والخطأ بالغة الأهمية، وأن يكون قادرًا على حل المشكلات الصعبة وأن يشعر أن الاحترام أهم شيء في الحياة، إضافة إلى أنه يكون من النوع الذي يتقن العمل حتي ولو لم يكن حبيبًا فيه
- ل- **التقدير الذاتي للاكتئاب:** يقصد به تمير الأفراد الذين يعانون من الخصائص الاكتئابية، وهذه الخصائص هي:

أ- **انثر الانتشار أو التسميم:** Pervasive affect والتي يكون فيها الفرد مكتئبًا حزينًا يائسًا، يشعر أو تتأبه بوبات بكاء.

ب- **الحالات السيولوجية المصاحبة** والتي تتمثل في:

١- **الاضطرابات المتكررة مثل:**

- أ- **القلب اليومي** (ريادة الأعراض في الليل والشعور ببعض الراحة عندما يأتي الصباح).
- ب- **النوم** (الاستيقاظ المتكرر أو المبكر).
- ج- **الشهية** (تقصان مقدار الطعام).
- د- **فقدان الوزن** (مرتبطة بتقصان مقدار الطعام أو ريادة التمثيل الغذائي).
- هـ- **الجنس** (تقصان الشهوة الجنسية).

٢- **اضطرابات أخرى مثل الإمساك** وحفان القلب والاضطراب العصبي.

ج- الحالات المصاحبة النفسية وتشمل:

١- النشاطات النعشكرية وهي تنحصر: الاحتياج أو الإثارة والشعور بالإعاقة.

٢- التحيزات Ideational: وتنقسم: الارتباك والشعور بالفراغ والإحساس باليأس والتروند وحدة الطبع وعدم الإحساس بالرضا والحط من التقويم الشمسي والتفكير المستمر في الانتحار.

سادساً. الدراسات السابقة:

تنوعت الدراسات والأبحاث التي تناولت تأثير الحرمان من الأب بسبب الوفاة أو الطلاق أو هجر الأب للمرل، وهناك من الدراسات ما تناول تأثير غياب الأبوين، وكل هذه الدراسات أكدت على أن للحرمان الأبوي آثاراً متعددة على السمات النفسية للأبناء لذا رأى الباحث تقسيم الدراسات السابقة على النحو التالي:

أولاً: دراسات تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الوفاة
ثانياً: دراسات تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الطلاق أو للهجر والغياب.

ثالثاً: دراسات لجريت على المحرومين من الأبوين والمقيمين بدور الإيواء
وغيرها يلي عرض لهذه الدراسات:

أولاً: الدراسات التي تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الوفاة:

أوضحت دراسة يلزمن وبروسون التي لجريت على عينة قوامها ١٢٥٠ طفلاً وطفلة من الذين فقدوا إما الأب وإما الأم بالوفاة عندما كان عمرهم يتراوح بين ١٠: ١٥ سنة وتأثير ذلك على درجة الاكتئاب لديهم، باستخدم مقياس الاكتئاب الخاص بالمركز الأبيمولوجي، أوضحت أن فاقد الأب أكثر اكتئاباً مقارنة بمن فقدوا أمهاتهم بالوفاة كما أكدت الدراسة على أن هناك

ارتباطاً دالاً بين وفاة الأب والاكتئاب، بينما لم يكن هناك ارتباطاً دالاً بين فقدان الأم والاكتئاب، وفي دراسة بعنوان الفتيمة وأثره على الحالة الوجدانية والصورة الوالدية لدى المراهق، قام بدراسة على عينة قوامها (٢٠) من المراهقين والمراهقات من طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة الذين فقدوا أحد والديهم خلال مرحلة الطفولة المتأخرة (من سن ٦ - ١١ سنة)، وقد كانت العينة مقسمة على النحو التالي: ٥ مراهقات فقدت الأم، ومثلهن فقدت الأب، ٥ مراهقين فقدت الأم، ومثلهم فقدت الأب، وقد اختبرت العينة بحيث يكون الولد الآخر قد تزوج بعد وفاة الطرف الثاني، وقد كانت لنوات الدراسة ممثلة في استمارة بيانات ومقابلة إكلينيكية واختبار الرورشاخ واختبار تنهم الموضوع. وقد كشفت النتائج بالنسبة للمراهقات فقدت الأب فيما يتعلق بالحالة الوجدانية عن ميلهن إلى الاكتئاب وسرعة الانفعال وتقلب المزاج أما الصورة الوالدية فتتمثل في:

- ١- صورة قوية جيدة ترول بوجودها المشاكل.
- ٢- الحاجة للأبوين.
- ٣- صورة والدية عادية، وراضى للسيطرة الوالدية (الأبوية).
- ٤- التعلق الشديد بالأم والاعتماد عليها.

أما عن أهم سمات الحالة الوجدانية لدى جميع أفراد العينة الأيتام فتتمثل فيما يلي: مظاهر بأس وكآبة، وكثرة أحلام اليقظة، وعدم القدرة على الاستقلال، والمصروع والطاعة للوالد الباقي، والحساسية الشديدة، وقلق وتسلزم، وطموح للمستقبل، ومظاهر تمرد وعصيان.

وفي دراسة كان قوامها (٦٢٢) ذكراً وفتى، بالصفوف من الخامس إلى العاشر بولاية ليوا (٢٥٢ ذكراً، ٢٨٠ فتى، منهم ٤٦ ينتمون إلى أسر يسودها الطلاق، ٤٢ ينتمون إلى أسرة توفي فيها الأب، والباقي ينتمون لأسر يسودها الثبات ووجود الأبوين)، طلب كل من بن وبيريش (Nunn and Parish, 1987) من الطلاب والطالبات أن يصفوا أنفسهم، وأن يصفوا صورة الأب كما

يرونها، وكل من لبرز النتيج أن الطلاب والطالبات فاقدي الأب بالطلاق يعانون من قصور في مفهوم ذواتهم، حيث تبدو صورة الذات غير واضحة بالنسبة لهم، كما أن احتياهم لأفضل الصفات التي تعبر عن أنفسهم كان يشوبها النقص. أما فاقدوا الأب بالوفاة فقد كانت تجربتهم عن أنفسهم أكثر إيجابية من فاقدي الأب بالطلاق، كما أنهم كانوا مدركين لذواتهم بشكل أفضل. أما الطلاب الذين يتمتعون لبيئات يسودها الثبات ووجود الأبوين فقد أعطوا أفضل وصف لأنفسهم، وكانوا أكثر إدراكا لذواتهم.

وفي دراسة مسحية على الطالبات المراهقات ممن فقدن الأب إما بالوفاة أو الطلاق أو الانفصال، أكد كل من هاريس وجولد وهندرسون، (Harris, Gold and Henderson, 1991) أن غياب الأب في كل الحالات له أثر متبينة على مفهوم الذات الاجتماعي، وأن هذا التأثير يتباين بسبب طول فترة غياب الأب، وأنه كلما طالت فترة الغياب فإن هذا يؤثر على مفهوم الذات الذكري Masculine self - concept لديهم، كما أنهم يملكون في سلوكهم إلى السلوك الخنثوي androgyny.

وفيما يتعلق بالكشف عن أثر موت الوالدين المبكر على الاكتئاب النفسي للآباء وعلى عينة قوامها (٤٩) طالبا و(٤٧) طالبة ممن فقدوا الوالدين أو أحدهما، أوضحت دراسة (رشاد موسى، ١٩٩٣) أن فاقدي الوالدين أو أحدهما من أفراد العينة التجريبية يتسمون بالأعراض الاكتئابية الآتية: الرفض، الهروب، سرعة الاستغناء، سوء الصحة العامة، كراهية الذات، الأرق، اتهام الذات، الإعاقة في العمل، الإصرار بالفضل، وقد غمرت تلك العوامل أو المتغيرات بأنها تمثل صورة لسيكولوجية الأقر لا الذين فقدوا الوالدين أو أحدهما.

وفي دراسة روبالد وجاكين (Ronald and Jacqueline 1996) على عينة قوامها ٦٢٨٧ طفلا وطفلة - من كل الأعمار - يمثلون عينة قومية، نشرت النتيج إلى أن الأطفال بلا أب من كل الفئات حصوصا المتوفي والدهم

يبدون مشاكل انفعالية، وهم أكثر قلقاً واكتئاباً، كما تقدم لهم خدمات تتعلق بالصحة العقلية، وذلك مقارنة بمن يعيشون مع آبويهم.

وفي دراسة (راوية محصود، ١٩٩٧) التي أجرتها على عينة قولها ١٢٠ طالباً وطالبة (٢٠ بنتاً لأمهات مطلقات، ٢٠ بنتاً لأمهات محرومات من الأب بالوفاء، ونفس الحال بالنسبة للذكور) كان هدفها بحث العلاقة بين الحرمان الأبوي (بالوفاء أو لطلاق) وكل من التوافق النفسي ومفهوم الذات والاكتئاب، وقد كانت الأتوات المستخدمة في الدراسة ممثلة في مقياس بل للتوافق ومقياس تنمي لمفهوم الذات ومقياس بك للاكتئاب، وقد أسعرت الدراسة عن وجود فروق دالة بين مجموعتي الدراسة من الجسمين في أبعاد التوافق النفسي (التوافق الصحي والاجتماعي والانهالي) وكذلك التوافق الكلي لصالح مجموعتي الذكور والإنثاء أبناء للمطلقات، أما التوافق الأسري فقد كانت دلالاته لصالح الإنثاء والذكور المحرومين من الأب، وبالنسبة لمفهوم الذات فقد كانت دلالاته أيضاً لصالح المحرومين من الأب (ذكوراً وإناثاً) من حيث مفهوم الذات الجسمية والاجتماعية والأخلاقية، أما مفهوم الذات العسائية فقد كانت دلالاته لصالح مجموعتي أبناء المطلقات، أما في مجال المقارنة بين الإنثاء المحرومات من الأب بالوفاء والمطلقات أمهتهن فقد تبين أن أبعاد التوافق الأسري والصحي والانهالي والكلي كانت لصالح المطلقات أمهتهن، وبالنسبة للتوافق الاجتماعي فلم تكن الفروق دالة بينهما. وبالنسبة لأبعاد الذات فقد تبين أن بُعدي الذات الجسمية والأخلاقية كانت دلالاتهما لصالح المحرومات من الأب، أما بعد الذات العسائية فقد كانت دلالاته لصالح المطلقات أمهتهن، ولم تكن هناك دلالة في الفروق بين المحرومات من الأب والمطلقات أمهتهن في بعد الذات الاجتماعية، أما بالنسبة لمتغير الاكتئاب فقد كانت دلالاته لصالح بنات المطلقات.

ثانياً دراسات تناولت تأثير العزلة الأبوي^(٤) في حالات الطلاق أو الهجر والغياب:

في دراسة قام بها كل من هيرنجتون ومارتن (Hetherington and Martin 1979) تبين أن غياب الأب والعيش مع الأم، يؤثر على الأطفال حيث يظهرون قدر أقل من حيث القدرة على الإشباع المرجأ، وكذلك يظهرون قدراً سلباً من حيث التحكم في قوة الدفع، أي من حيث التحكم في زائد في العصب، وكذلك الإشباع الجنسي، وكذلك يضطرب لديهم الإحساس بالسمير، وأحياناً الإحساس بالصواب والخطأ.

أما (عزة الأفي، ١٩٨٦)، فهي درستها الإكليريكية التي أجرتها على مجموعة من الأطفال قوامها (٤٠)، في مرحلة الطفولة المتأخرة، والمحرومين من الأم أو الأب أو الاثنين معاً أو المحرومين من إشباع حاجاتهم الأساسية، وباستخدام المقابلة الإكليريكية واختباري تكلمة الجمل وتقييم الموضوع، تبين لها أنهم يعانون من صراع نفسي وشعور بالتعاسة وفقدان السند الانفعالي، مع الشعور بالصياغ والندب والميل إلى العدول وذلك في مجال المقارنة بينهم وبين من يتمتعون مع أسرهم.

وفي دراسة جاك بلوك وآخرين (Jack Block, et.al., 1988) على الأطفال الذين سمح لهم بتحول منتظمي "تيو أورليفر" بأمريكا بفرض تلقي العلاج الميكانيكي، تبين لهم أن ٨٠% من مجموع أولئك الأطفال يستردون من أسر متصدعة تسودها حالات الطلاق.

وفي دراسة لكل من بيرتي وديفيتوريو (Peretti and Divitiono 1992) على ٦٦ طفلاً ومطلة، كان العرض منها دراسة الآثار المترتبة على شخصية هؤلاء الأطفال بسبب طلاق الوالدين وغياب الأب عن الأسرة، كانت أبرز النتائج فقدان تقدير الذات، والإحساس بانهم متطلي عنهم ومهجورون، كذلك سادت لديهم مشاعر الإفساد أو العزلة أو الاعتزاف.

(٤) يقصد بالحرمان الأبوي هنا أن الأب لا زال على قيد الحياة

لما دراسة ميشيل وجون (Michael and John, 1992) فقد تبنت أن
طلّاب وطالبات المدرّس الثانويّة الذين همّوا بالطلاق كانوا أكثر اكتئاباً
وعذوقاً، كما كانت لديهم تصورات أو تحيّلات قنطارية وذلك مقارنة بمن
يعيشون مع والديهم

وفي دراسة مقارنة بين الأفراد الذين يعيشون مع أبويهم والذين انفصل
والدهم أو طلقا، أكدت دراسة ديمس، وإيثلي وكيمس (Denise, Ethelly and
Kevin, 1994) أن غياب الأب في الحالتين يدمج عنه مشاكل سلوكية، كما
أظهرت الفتيات على الخصوص قدراً من القلق والاكتئاب الداخليين وقد أكدت
دراسة ديفيد وجون وميشيل (David, John and Michael, 1994) على أن
الانفصال الأبوي بالطلاق أو الهجر يؤدي إلى اضطرابات مزاجية ومشاكل
سلوكية لدى المراهقين والمراهقات، وأن تلك الاضطرابات والمشاكل السلوكية
تكون أكثر انتشاراً لدى الأطفال الذين انفصل والداهم وهم في عمر (٥) سنوات
أو أكثر.

وقد أكدت أيضاً دراسة جريج وجيل وبامبلا (Greg, Jeanne and
Pamela, 1994) أن الأطفال الذين تربوا على الطلاق، ولم تتزوج أمهاتهم بعد
الطلاق، هؤلاء يجعلهم الحرمان الأبوي أقل تعاوناً وأقل إيجابية مقارنة بمن
يعيشون مع أبويهم الطبيعيين، كما أن الفتيات اللاتي شملتهن الدراسة قد أظهرن
قدراً من المشاكل السلوكية تبدو هي سلوكهن خصوصاً داخل المنزل حتى مع
توفر نمط اقتصادي متوافق للمعيشة.

أما دراسة فانين كيرمن وأخريين (Vaden Kiernan, et al., 1995) التي
أجريت على عينة كبيرة قوامها (١١٩٧) طالباً وطالبة، فقد كشفت عن أن
الانفصال الأبوي والعيش مع الأم يرفع من مستويات العدوان، وذلك مقارنة
بمن يعيشون مع أبويهم.

وفي دراسة مستيعلي وأخري (Stephanie, et al., 1996) على عينة قوامها (٦٤٨) طفلاً وطفلة، أشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين يعيشون مع الأم فقط يعانون من اضطرابات القلق، والتمرق، مقفرة بمن يعيشون مع آبائهم. كما أن الذكور على وجه الخصوص يكونون أكثر اكتئاباً

أما دراسة دافيد وآلان (Davidand and Alan, 1996) فقد أكدت أن المراهقين المنحدرين من أسر تزوجت فيها الأم أو طلقت ولم تتزوج، نوا مستوى أقل من حيث التفاعل كما أنهم أقل في كل مستويات الانفعال الاجتماعي المتعلق بالمجتمع الذي يعيشون فيه، أي أنهم أقل تحالوا فاعلياً مع المجتمع.

وأخيراً أتى إلى دراسة فرانك ولوري وفيرايث (Frank, Lori and Elizabeth, 1997) التي كشفت عن أن الذكور والإناث الذين تركهم آبائهم حديثاً يظهرون الكثير من المشاكل السلوكية مقفرة بمن يعيشون مع آبائهم، كما أن تلك المشاكل تزداد تلقائياً في حالات رواج الأم خصوصاً عند تحول رواج الأم إلى المنزل، وأن تلك المشاكل السلوكية تكون أكثر لدى الذكور مقفرة بالإناث.

ثالثاً دراسات أجريت على المحرومين من الأبوين أو المقيمين بدور الإيواء.

في دراسة (سميرة إبراهيم، ١٩٨٣) التي أجرتها على مجموعة من الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة قوامها (٢٠٢) طفلاً وطفلة، وبإستخدام مقياس مفهوم الذات والتوافق النفسي، أكدت النتائج أن الأطفال اللقاء المحرومين من الأبوين يعانون من انخفاض مفهوم الذات والتوافق النفسي والاجتماعي.

أما (فائق أبو صباح، ١٩٩٢) فقد قامت بدراسة على عينة قوامها (٦) طفلاً وطفلة في مرحلة الطفولة المتأخرة من الأطفال اللقاء المقيمين بدور الإيواء ومثلهم من الأطفال المقيمين داخل قرى الأطفال SOS، وقد استخدمت في دراستها المقابلة الإكلينيكية واختبار تفهم الموضوع، كما اعتمدت على

الملاحظة المباشرة بعرض التعرف إلى بعض المشكلات السلوكية التي قد يعاني منها هؤلاء الأطفال سواء دخلت المؤسسة الإيوائية أم دخلت قري الأطفال. وقد كشفت نتائج دراستها عن أن أطفال العييتس المحرومان من الوالدين والمقيمين بدور المؤسسات أو القرى، دوراً ضعيفاً، ومضطربين، وتسيطر عليهم مشاعر الدونية، ويعانون من مشكلات سلوكية مثل التبول اللاإرادي والتأخر الدراسي والسرقة والكنب.

أما دراسة (المثولي إبراهيم، ١٩٩٢) فقد كانت على عييتن الأولى: قوامها (٨٠) طفلاً وطفلة من المقيمين بقري الأطفال S.O.S. وتراوح أعمارهم بين ١٤ - ١٦ سنة، والثقافة: قوامها (٤٠) طفلاً وطفلة في نفس المستوى العمري، غير أنهم يقيمون بالمؤسسات الإيوائية، وقد استخدم الباحث مقياس قلق الصريح لتابلور، وقد كشفت نتائج الدراسة عن أن الأطفال المقيمين بمؤسسات الأطفال أكثر قلقاً من الأطفال المقيمين بقري الأطفال.

تحقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من الدراسات السابقة ما يلي:

١- كل الدراسات التي أجريت في مجال المقارنة بين حاضري الأب والقيديه بالموت أو الطلاق أو العيابه، أكدت أن الحرمان الأبوي له آثار سلبية عديدة على الأبناء منها الاكتئاب، وسرعة الانفصال، وتقلب المزاج، ومظاهر نفس وكليه وقلق وتسلو، وأقل توفيقاً لدراسياً وصحياً وانفعالياً، وضعف الضمير وصعب الإحساس بالصواب والخطأ، والشعور بالانعاسة والقيد والاعترا، وتقلد تقدير الذات، وأقل تقاعلاً وأقل إيجابية، وتقصااص النمو العقلي والاجتماعي والإنفعالي والتحصيلي، واضطراب الأنا والتأخر الدراسي، وتهلم الذات وكراهيتها.

٢- لم تتناول دراسة واحدة بشكل مباشر حسب حدود علم الباحث - تأثير الحرمان الأبوي بالوفاة على بعض المتغيرات النفسية (موضوع الدراسة)

على المراهقات اللاتي فقدن والدهن في مرحلة الطفولة المتأخرة وحتى بداية مرحلة المراهقة واللاتي لم تتزوج ولنتهن بعد وفاة الأب، وكل الدراسات التي استطاع الباحث الحصول عليها تقتصر في معرفة تأثير غياب الوالدين على الانسحاب للمقيمين بالمؤسسات الإيوائية أو خارجها، أو تأثير الانفصال والطلاق بين الوالدين، أو العيب طويل المدي أو قصير المدي مع عدم وفاة أحدهما أو كليهما أو رواج أحدهما بعد الانفصال عن الآخر، وغير ذلك.

٣- قليل من الدراسات بحث تأثير غياب الأب بالموت على وجه الخصوص، وقليل أيضاً عدد الدراسات التي تناولت تأثير غياب الأب بالوفاة على المراهقات على وجه الخصوص.

٤- باستعراض التراث النظري والتجريبي لم يتبين للباحث - حسب حدود علمه - دراسة تناولت تأثير الحرمان الأبوي بالوفاة على القيم (الأخلاقيات الساجية في العمل والاهتمام بالمستقبل واستقلال الذات والتشدد في الخلق والدين) والتقدير الذاتي للاكتئاب والعقل كحالة والقلق كسمة، والوحدة النفسية وأحياناً بعض المتغيرات الشخصية مثل السيطرة والمسؤولية والالتزام الانفعالي، وذلك على عينات كميات الدراسة الحالية.

٥- ما سبق مثل استناداً للباحث تمثلت في تناوله لموضوع الدراسة الحالية لمعرفة تأثير غياب الأب بالوفاة على بعض المتغيرات النفسية موضوع الدراسة لدى المراهقات اللاتي فقدن والدهن بالوفاة قبل (٣) سنوات على الأقل.

سابعاً: فروض البحث.

يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

١- توجد فروق إحصائية دالة بين فاققات الأب وغير فاققات الأب في متغيرات الوحدة النمسية والتقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كسمة والقلق كحالة لصالح فاققات الأب.

٢- توجد فروق إحصائية دالة بين فاققات الأب وغير فاققات الأب في ثلاث من متغيرات القيم وهي أخلاقيات النجاح في العمل والاهتمام بالمستقبل واستقلال الذات لصالح فاققات الأب:

٣- توجد فروق إحصائية دالة بين فاققات الأب وغير فاققات الأب في متغير التشدد في الحلق والدين لصالح غير فاققات الأب.

٤- توجد فروق إحصائية دالة بين فاققات الأب وغير فاققات الأب في متغيري السيطرة والمسئولية لصالح فاققات الأب.

٥- توجد فروق إحصائية دالة بين فاققات الأب وغير فاققات الأب في متغيري ثبات الاتصالي والاجتماعية لصالح غير فاققات الأب.

ثامناً: إجراءات الدراسة:

أولاً: العينة:

أجري هذا البحث على عينة قوامها (٢٢٠) طالبة من طالبات المدرس الثانوية الأتية: مدرسة الثانوية بدات، مدرسة جيهل المسادات، المدرسة التجريبية للعات، مدرسة كفر الشيخ عطية الثانوية، مدرسة رأس الحليج الثانوية، وجميع أفراد العينة من محافظة الدقهلية، بمتوسط عمري قدره (١٥,٠٢)، وانحراف معياري قدره (٠,٨١) لعينة فاققات الأب، ومتوسط عمري قدره (١٥,١٧)، وانحراف معياري قدره (٠,٦٨) لعينة غير فاققات الأب. وبحساب قيمة (ت) للفرق بين متوسطي أعصار العينتين تبين عدم وجود فرق دال إحصائياً وقد تم تقسيم أفراد عينة البحث على النحو التالي:

١- الطالبات ههات الأب: كل قوالم ههه العينة (١١٠) طالبة، وقء صنفه ههه العينة على النحر القالي:

أ- (٤٥) طالبة توفي والدهن من مءة لا نقل عن ثلاث سنوات.

ب- (٢٢) طالبة توفي والدهن من مءة لا نقل عن أربع سنوات

ج- (٢٣) طالبة توفي والدهن من مءة لا نقل عن خمس سنوات

٢- الطالبات غير ههات الأب: أوصا كل قوالم ههه العينة (١١٠) طالبة.

وعلى الرغم من ءعقن العيئئ من ههه المسؤى القللمي (ههه بهن برمن بالمرهه النؤوبة) والعمرى، إلا أن القاهء قء عءد أوصا إلى القءق من ءكافز العيئئ من ههه النكاه، ونلك بءطبق لءءبار النكاه القلى (كأءة لضبط العبة) على القعئئ، قءى أعءه القسء محمد هئرى، والقى يقس النكاه القلم للفرد، وهو يصلح للقءبق على طلاب القرحقن النؤوبة والءامعية، وله معاملات ءبء ءنرلوح بهن (٠,٨٥، ٠,٨٨)، ومعامل صفه بلغ (٠,٦٩) عن طرئق صساب ارءباطه بمعك ءارءى هو لءءبار النكاه القنؤوى لإسماعيل القالى.

وقء قام القاهء بصساب ءبءه قى القراسة القالبه بطرئقه القءزنة النصفية على عينة قوالمها (١٢٠) طالبة، فكان معامل الارءباط مساويا لـ (٠,٨٨). كما حسب معامل الصئق القءربى للءءءبار عن طرئق ارءباطه بمعك ءارءى وهو لءءبار النكاه المصؤور لأءمء ركى صالح، فكان معامل الصئق مساويا لـ (٠,٨٢) وبصباب القروق بئب القعئئ باسءءام لءءبار (ء) وءء أنها مساوية لـ (٠,٥١) وهههأ بهى ءعقنهما أوصا من ههه المسؤى القلى.

شروط ومواصفات العينة:

ل عينة القلاء الأم:

لم يكن من السهل القور على ههه العبة كءرها من عوبء بهوء أو قراسات أءرى، إء أن القاهء قء عءد إلى أن ءكون القاءه قء قءءت أباها قبل (٢)

سنوات على الأقل من تدريس التطبيق وهي الفترة التي أسماها "وليم كيلي" بفترة ما قبل المراهقة وهي من سن التاسعة أو العشرة واستمر أو حتى بلوغ الحلم، أو هي الفترة التي اصطلح على تسميتها بفترة الطفولة المتأخرة^(*) وهي الفترة التي تسبق بلوغ الفتاة أو ما يسمى ببداية مرحلة المراهقة

كذلك روعي أن تكون الأم على قيد الحياة، بمعنى أن تكون الفتاة وفادة للوالد فقط لا للتئين، بحثاً عن الدور الكامن للأم والذي لم يكون بلزراً في سياق الدراسة، لكنه حتماً سيكون بارزاً في إظهار المتغيرات السيكولوجية التي قد تسير أو لا تسير ببلوغها بعد وفاة زوجها. وكذلك روعي ألا تكون الفتاة فاقدة الأب تعيش مع زوج لها، لأن زوج الأم في أحضان كثيرة قد يحل محل الأب، ومن ثم يعدم للتأثير الذي قد تكشف عنه هذه الدراسة، وبمعنى آخر قد يتساوى (مضوياً) أفراد العيشين بلقهما تعيشان مع والدي.

ب- هيئة غير تقليدية الأب.

روعي في هذه العينة وجود الأب والأم معاً، لمعرفة تأثير وجود الأب على بذاته وإلى جواره الأم، وذلك على بعض المتغيرات الوجدانية وبعض سمات الشخصية والقيم، وغير ذلك من متغيرات الدراسة الحالية

ثانياً. وصف أدوات الدراسة وثباتها وصحتها:

١. مقياس الوحدة النفسية

أعد هذا المقياس إبراهيم قشوش الذي قام بجمع عدد من العبارات التي رأي أنها ترتبط بحيرة الإحساس بالوحدة النفسية، وبالحصول على هذه العبارات من مصنفين لاسسيين المصدر الأول يتنقل في المكتبات والأراء النظرية التي تناولت كنة الإحساس بالوحدة النفسية أو ماهيتها، والمصدر الثاني يتنقل في المعلومات التي جمعها معد المقياس نتيجة إجراء استفتاء مفتوح

(*) هناك عدد من أفراد العينة نفس الأب منذ أربع أو خمس سنوات، وهذا يعني أنهم فقدوا والدهم في مرحلة الطفولة المبكرة ولمعاداً حتى مرحلة الطفولة المتأخرة ومنها حتى بداية المراهقة

الطرف على مجموعة من المتخصصين في مجال الصحة النفسية والطب النفسي، وقد تكون المقياس هي صورته النهائية من ٢٤ عبارة تتضمن كل عبارة منها أربع استجابات هي: أشعر بما تنطوي عليه العبارة في معظم الأحيان، أشعر بما تنطوي عليه العبارة في بعض الأحيان، أشعر بما تنطوي عليه العبارة نادراً، لا أشعر على الإطلاق بما تنطوي عليه العبارة، مع تخصيص الأرقام (١، ٢، ٣، ٤) لكل من هذه الاستجابات على الترتيب.

صدق المقياس:

حسب صدق المقياس بحدّة طرق منها:

- ١- صدق البناء أو التكوين: كل من نتيجته استبعاد لبيود غير ذات العلاقة الدالة بالدرجة الكلية على المقياس، مما أسفر في النهاية عن ارتباط عدد (٢٤) عبارة بالدرجة الكلية للمقياس وجميعها تبين أنها ذات معاملات ارتباط موجبة وذات مع الدرجة الكلية للمقياس.
- ٢- الصدق الفلاديمي: توصل المقياس إلى التبعات الخاصة بهذا النوع من الصدق عن طريق استخدام مدي شعور الفرد بالوحدة النفسية وقت إجراء المقاييس كمدك لصدق مقياس الإحصاء بالوحدة النفسية. وقد تبين أن جميع معاملات الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة التقنين على مدك التقدير المستخدم، ودرجاتهم على كل من البيود المتضمنة في مقياس الإحصاء بالوحدة النفسية، ذات عدد مستوى (٠,٩٩) من النقطة، مما يعد مؤشراً على صدق ارتباط كل من بيود المقياس والدرجة الكلية عليه بمدك التقدير المستخدم.
- ٣- الصدق التمييزي: حيث استطاع المقياس أن يميز بصورة ذاتية بين مجموعة من الطلاب ذوي الإحصاء بالاكتئاب وبين مجموعة من الطلاب العاديين ومجموعة من الطلاب الذين تلقوا مقراً اختياري في

لترجيحه والإرشاد النفسي، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات المتصلة.

ثبات المقياس.

حسب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق فكان معامل الارتباط (٠,٨٢)، وهو معامل ذال عند مستوى (٠,٠١) من الثقة (إبراهيم قشوش، ١٩٨٨).

صدق الاختبار وثباته في الدراسة الحالية:

قام الباحث بحساب صدق الاختبار من خلال ما يسمى صدق التعلق بمعك، حيث حسب معامل الارتباط بينه وبين مقياس الشعور بالوحدة وهو من إعداد عبد الرقيب البحيري، وذلك على عينة قوامها (٥٠) أنثى من العينة الأساسية فكان معامل الارتباط مساوياً لـ (٠,٦٥) وهو ذال صد مستوى (٠,٠١).

أما عن ثبات المقياس في الدراسة الحالية فقد تم حسابه بطريقة التجزئة النصفية على ذات العينة، فكان معامل الارتباط مساوياً ٠,٥٨، وهو ما يعطي أنه مساوي لـ (٠,٧٣)، وذلك بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان وبراون.

ب- اختبار حالة القلق للكبار وصحته:

وهو من وضع "سيليبرجر"، "رويتشارد ل. جورمستش"، "وروبرت ي. لوشين" وقد أعدته للعربية "عبد الرقيب أحمد البحيري" ويشمل الاختبار مقياسين منفصلين يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي، وذلك لقياس مفهومين منفصلين للقلق، الأول: حالة القلق، والثاني: سمة القلق، ويستخدم الاختبار بوصفه أداة بحثية لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الأسوياء منهم والمرضى المصابين بأعراض نفسية عصبية أو عضوية أو الذين سيتجرى لهم عمليات جراحية، إلى أحر المواقع الصاخبة التي تثير في النفس البشرية مشاعر القلق.

ويتكون مقياس "سمة القلق" من ٢٠ عبارة يطلب فيها من الأفراد وصف ما يشعرون به بوجه عام، ويتكون مقياس "حالة القلق" من ٢٠ عبارة أيضاً، ولكن تتطلب تطبيقاته من المفحوصين الاستجابة عما يشعرون به في لحظة معينة من الوقت. ولمقياس "سمة القلق" معايير إحصائية للدرجات للحام لطلاب المدارس والكلية وذلك لمعرفة القابلية منهم للإصابة بالقلق، وأيضاً لتقويم الذين في حاجة منهم إلى الإرشاد بوصفه أداة بحثية للتمييز بين الأفراد الذين يحتفلون في استجاباتهم للصعوبات النفسية تحت مستويات مختلفة لشدة حالة القلق. أما مقياس "حالة القلق" فيستخدم في العمل الإكلينيكي باعتباره حالة شعورية يغيرها المعالج والمرضى أثناء مواقف التوجيه والعلاج النفسي، أو أثناء العلاج السلوكي، أو في قسم الطب النفسي، وقد يستخدم أيضاً في قياس التغيرات في شدة حالة القلق التي تحدث أيضاً في هذه المواقف، وتشمل الخصائص الأساسية المقدر باستخدام هذا المقياس (حالة القلق) الشعور بالتوتر والنهج العصبي والضيق وتوقع الشر. والاختبار يطبق بطريقة فردية أو جماعية، كما يمكن أن يقوم الفرد بتطبيقه على نفسه.

ثبات الاختبار وصلته:

حسبت معاملات ثبات الاختبار في الصورة العربية بثلاث طرق هي:

١. التطبيق وإعادة التطبيق وقد تراوحت الدلالة بين (٠,٠٥، ٠,١).
٢. تأكدت النتائج دقتها عند إعادة ثبات الاختبار على فترات زمنية متقاربة.
٣. طريقة التجزئة النفسية، التي تصحح معها كل مجموع معاملات الثبات مرتفعة وتدل على الحد الأعلى لثبات الاختبار

ثبات الاختبار في الدراسة العالية

في دراسة مابغة للباحث حسب معامل ثبات الاستقرار للاختبار على عينة قوامها (٤٥) من الذكور، و(٤٥) من الإناث فكلت المعاملات كما يلي.

حالة القلق كان معامل ثبات الاستقرار ادى التكرار مساوياً لـ (٠,٥٦) وهو دال عند مستوى (٠,٠١)، وبالنسبة لمقياس سمة القلق فكان معامل ثبات الاستقرار مساوياً لـ (٠,٨١) وهو دال عند مستوى (٠,٠١) أيضاً. وبالنسبة للإثبات كان معامل ثبات الاستقرار بالنسبة لمقياس حالة القلق مساوياً لـ (٠,٨٨)، وهو دال عند مستوى (٠,٠١)، بينما كان معامل ثبات الاستقرار مساوياً لـ (٠,٧٥) وهو دال أيضاً عند مستوى (٠,٠١).

صدق الاختبار:

حسب صدق الاختبار في الصورة العربية بعدة طرق وهي:

- ١- صدق المعك حيث حسبت الارتباطات بينه وبين مقياس كاتل للقلق وبعد العصبانية من مقياس أيرنك للشخصية (الصورة ب) وقد كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً.
- ٢- صدق المفردات حيث كانت معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية مرتفعة ووصلت إلى مستوى دلالة الإحصائية.
- ٣- صدق المتغيرات التجريبية التي أكتفت على أن المقياس حساس لمقياس شدة الحالات النفسية تحت المستويات المختلفة من الظروف المضاعفة.
- ٤- لصدق المعامل الذي أسعرت نتاجه عن أن "عامل العصبانية" هو العامل العام الأول ادى عينة للدراسة.

صدق الاختبار في الدراسة الحالية:

في دراسة سابقة قام الباحث بحساب صدق الاختبار بطريقة صدق التعلق بمعك حيث حسبت معاملات الارتباط بينه وبين قائمة مساح المخاوف "لأحمد عبد الحلق"، ومقياس العصبانية من استخبار أيرنك للشخصية إعداد "لأحمد عبد الحلق"، ومقياس تايلور للقلق الصريح إعداد "لأحمد عبد الحلق"،

وذلك على عينة قوامها ٤٥ ذكر، و٤٥ أنثى، وقد كانت معاملات الارتباط ودالاتها على الترتيب كما يلي:

١- بالنسبة للذكور كان معامل الارتباط بين الاختيار والمقياس السابق ذكرها مساوياً لـ (٠,٧٦)، (٠,٧٢)، (٠,٧٧)، وكلها دالة عند مستوى (٠,٠١)، وذلك بالنسبة لمقياس سمة القلق، أما مقياس حالة القلق فقد كانت معاملات الارتباط مساوية لـ (٠,٦٨)، (٠,٥٦)، (٠,٦٤) وكلها دالة أيضاً عند مستوى (٠,٠١).

بالنسبة للإناث كانت معاملات الارتباط مساوية لـ (٠,٨١)، (٠,٧٨)، (٠,٧٣) وكلها دالة عند مستوى (٠,٠١)، وذلك بالنسبة لمقياس السمة "القلق"، أما "حالة القلق" فقد كانت معاملات الارتباط مساوية لـ (٠,٧٠)، (٠,٦٣)، (٠,٦٨)، وهي أيضاً دالة عند مستوى (٠,٠١).

ج- مقياس البروفيل الشخصي:

البروفيل الشخصي هو مقياس للشخصية، وضعه في الأصل ل. ف. جوردن Leonard V. Gordon وقام بقبضته وإعداده للعربية "جابر عبد الحميد جابر"، "ولود أبو حطب" وهذا الاختبار يرونا بقياسه لأربعة جوانب للشخصية لها أهميتها في الأعمال اليومية بالنسبة للشخص العادي وهي:

أ- السيطرة.

ب- المسؤولية.

ج- الاتزان أو الثبات الانفعالي.

د- الاجتماعية.

وهذه الجوانب الأربعة مستقلة نسبياً، وهي جوانب ذات أهمية سيكولوجية اتصفت بأهميتها في تحديد توافق الفرد وقابليته في كثير من المواقف الاجتماعية والفرية والصناعية، والمقياس مناسب للاستخدام مع طلاب المدارس الثانوية والجامعة ومع جماعات الراشدين ويتكون البروفيل

من ١٨ مجموعة من العبارات الوصفية تشتمل كل مجموعة على أربعة عبارات، وتمثل كل عبارة إحدى سمات الشخصية الأربع، جملتان من الأربعة تتشابهان من حيث أن لهما قيمة تفضيلية عالية، أي أن الأفراد العائدين يعتبرونهما متساويتين في الاستهوائية الاجتماعية، والجملتان الأخورتان متساويتان في القيمة التفضيلية المنخفضة. ويطلب من المفحوص أن يصح علامة على جملة من الجمل الأربع تشبهه بأكبر درجة، وعلى جملة أخرى باعتبارها تشبهه بأقل درجة، وبناء على ذلك فإن هذا الأسلوب من الاختيار الإجباري يتيح للأفراد أن يرتبوا الجمل الأربعة في ثلاث رتب، وهم لا يستطيعون أن يستجيبوا استجابة قبول لجميع العبارات كما يحدث في المقاييس التقرير الذاتية المألوفة، ويترتب على هذا التنظيم أن البروفيل بالمقارنة بالاستجابات التقليدية لكل فئيلة للتشويه من قبل الأفراد الذين يحاولون أن يحلوا صورة طيبة عن أنفسهم.

ثبات الاختيار وسنطه.

حسبت معاملات ثبات المقاييس الأربعة للبروفيل الشخصي بطريقة إعادة الاختبار على عينة من طلاب الدبلوم العاص بكلية التربية، وقد تبين أن معاملات الثبات كانت مرضية حيث تراوحت بين (٠.٦٧)، (٠.٧٨)، كما قام معدا المقاييس بدراسة على عينة من طالبات السنة الأولى بكلية البنات أسعرت عن نتائج تدعم الصدق التكويني للمقياس. وهي دراسة أجري على عينة من خريجات معاهد التربية الرياضية (ن = ٥) ومثلها من خريجات معهد الخدمة الاجتماعية، أقصع أن خريجات الخدمة الاجتماعية قد حصلت على درجة عالية في الاجتماعية، وإلى الفرق بين العنيتين كانت له دلالة إحصائية عالية على مستوى (٠.٠١)، وهذا يعني الصدق التمييزي للمقياس نظراً لاختلاف طبيعة عمل هاتين العنيتين في مجالات العلاقات الإنسانية والخدمة الاجتماعية.

وعلى الرغم من أن المقياس مذبذب لإعداده للعربية استخدم في دراسات عديدة أثبتت تمتعه بقدر عالٍ من الثبات والصدق يمكن الوثوق بهما والاعتماد عليهما، إلا أن الباحث في الدراسة الحالية قام بصواب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعلانه بفصل زمني مقداره أسبوعان وعلى عينة قوامها (٥٠) أنثى من العينة الأصلية، فكل معامل الارتباط بين التطبيقين مساوياً لـ (٠,٦٨)، وهو معامل دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

٣- مقياس القيم الفارقة:

وضع هذا المقياس في الأصل ر. برينس (R. Prince)، وقد أعدده للعربية جابر عبد الحميد جابر، والاختبار يتكون من (٦٤) زوجاً من العبارات تدور حول أشياء قد يري الفرد أن من الواجب عملها أو الشعور بها، ويتكون كل عنصر من الأربع وستين من عبارتين وعلى المجيب أن يختار واحدة منهما، إحداهما تمثل قيمة أصلية أو تقليدية، والأخرى تمثل قيمة عصرية أو حديثة. وهذا يعني أن المقياس يفرق بين نوعين من القيم هما القيم التقليدية أو الأصلية، والقيم الحديثة أو العصرية، ويصمم كل نوع من هذه القيم أربعة تصنيفات موزعة على النحو التالي:

- ١- أخلاقيات النجاح في العمل (قيمة تقليدية أو أصلية) ويقابلها قيم الاستمتاع بالصحة والسلامة (قيمة عصرية).
- ٢- الاهتمام بالمستقبل (قيمة تقليدية) ويقابلها الاستمتاع بالحاضر (قيمة عصرية).
- ٣- استقلال الذات (قيمة تقليدية) ويقابلها مساندة الآخرين (قيمة عصرية).
- ٤- التشدد في الحلق والدعوى (قيمة تقليدية) ويقابلها التساهل (قيمة عصرية).

والمقياس مفتاح تصحيح خاص بكل متغير أو مقياس فرعي، وكذلك للدرجة الكلية

ثبات المقياس وصدقته.

قام معد الاختبار بحساب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة للتطبيق على عينة قوامها (٣٤) طالباً بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠,٨٩)، وهو معامل دل إحصائياً، كذلك فقد حسب ثبات الاختيار بطريقة التجربة التصعية في دراسة (سهام أحمد، ١٩٨١)، فكان معامل الثبات يستخدم معادلة سبيرمان وبراون بعد التصحيح مساوياً لـ (٠,٨٧)، وهو أيضاً دل إحصائياً، كذلك حسب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة للتطبيق في دراسة (طلعت العامولي، ١٩٩٧) حيث بلغ معامل الثبات (٠,٧٩)، وهو معامل دل إحصائياً.

ثبات المقياس في الدراسة الحالية.

وفي الدراسة الحالية حسب ثبات المقياس على عينة قوامها (٥٠) أنثى من عينة الدراسة بطريقة التجربة النصفية فكان معامل معادلة سبيرمان وبراون على التوالي كما يلي: (٠,٦٨)، (٠,٧٢)، (٠,٧٤)، (٠,٧٧)، (٠,٨١)، وهي معاملات دالة إحصائياً.

وفيما يتعلق بصدق المقياس قام معد المقياس (١٩٧٧) بحساب صدق المضمون للمقياس، وكذلك قامت (سهام أحمد، ١٩٨١) بحساب الصدق الذاتي للمقياس، والذي بلغ (٠,٩٣)، كما قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب الصدق الذاتي للمقياس والذي بلغ (٠,٩٠). وهو معامل ذو دلالة إحصائية.

٥.٢ مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب:

أعد هذا المقياس العربية (رشاد على عبد العزيز موسى)، وهو في الأصل من تأليف وليام و. ك. روج William W K Zung الذي أشار إلى أن هناك حاجة لمقياس الاكتئاب في صورة المختلفة سواء أكان أثراً أم عرضاً، لم اضطراباً بصورة مبسطة متخصصة. والسبب في هذا كما يري أن معظم المقاييس المقاسة اليوم لم تنس الاكتئاب كاضطراب نفسي طبي بصورة جيدة، كما أنها غير ملائمة للعديد من الأسباب مثل طول المقياس والازمن

المطلوب للتطبيق خاصة عند استخدامه أو تطبيقه على مريض مكتئب يعنى من صعوبات حركية نفسية Psychomotor (الحاصل بالعمل العضلي البشريه مباشرة عن عملية عقلية)، كما أن هناك سببا آخر هو أن بعض المفاهيم لا تطبق بواسطة المفهوم ذاته، ولكنها تعتمد على التفسير الذي يقدمه القائم بالمقابلة.

وقد كان اهتمام "روج" في المقام الأول هو قياس الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من التشنجات الأولية من الأمراض الاكتئابية، على أن يكون المقياس قصيراً ومبسطاً، وكمياً وليس نوعياً، ويطبق عن طريق المفهوم ذاته ويشير إلى استجابة المريض الخاصة أثناء تطبيق المقياس. وقد مر تصميم المقياس بخطوتين رئيسيتين، أولهما استخدامات محك التشخيص الإكلينيكي من أجل الوصول إلى الخصائص الاكتئابية، وهذه الخصائص هي أثر الانتشار أو التسميم، والحالات المصاحبة النفسية Psychological concomitants، والحالات المصاحبة النفسية Psychological Concomitants وبعد تحديد هذه المحكات التشخيصية كان الهدف من الخطوة الثانية بناء مقياس يحتوي على هذه الأعراض. والمقياس يصلح للتطبيق الفردي والجماعي، وتحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات توضح طريقة الإجابة كما أنه يتكون في صورته النهائية من عشرين عبارة (عشر عبارات مصاغة بطريقة موجبة، وعشر عبارات مصاغة بطريقة سلبية) ولكل درجة حام يحصل عليها الفرد درجة تعادلها من الدرجات ثنائية المحلة.

ثبات المقياس

تم حساب ثبات المقياس بطريقة معامل ألفا لكروشاخ على (٥) عينات، وكان قوام كل عينة موزعاً على النحو التالي (٤٠، ٢٠، ٥٠، ٦٠، ٥٠)، فكانت معاملات الثبات بطريقة ألفا كما يلي (٠,٧٩، ٠,٧٦، ٠,٧٣، ٠,٧٧، ٠,٨٠) وهي جميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

صدق القياس

حسب صدق القياس بطريقة الصدق التلزمي، وذلك عن طريق تطبيقه مع المقاييس التالية: مقياس الاتقيص (لويس كمل، ١٩٦٦) ومقياس بك للاكتئاب (الصورة الأصلية)، ومقياس بك للاكتئاب (الصورة المختصرة) من إعداد غريب عبد الفتاح غريب (١٩٨٥) على عينة قوامها ٣٠ طالباً من كلية التجارة بجامعة الأزهر، وعلى عينة أخرى مكونة من ٨٠ طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية بجامعة عين شمس وكانت النتائج كما يلي: بالنسبة للعبة الأولى كانت معاملات الارتباط بين مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب والمقاييس الثلاثة الأخرى مساوية لـ (٠,٧٥، ٠,٧٩، ٠,٧٤)، وكلها دالة عند مستوى (٠,٠١)، وبالنسبة للعبة الثانية: كانت معاملات الارتباط على التوالي كما يلي (٠,٧٣، ٠,٧٦، ٠,٧٢) وكلها معاملات دالة عند مستوى (٠,٠١).

ينصح مما سبق أن مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب يتمتع بخصائص ميكومثريّة مرضية من حيث الصدق والثبات خصوصاً وأنه استخدم لدى معه للعربية في أكثر من (١٠) دراسات طلابية وتبوع فيه استخدامات طرق أخرى من الثبات والصدق.

ثالثاً: تطبيق أدوات الدراسة:

استغرقت إجراءات تطبيق أدوات الدراسة على عيّنتي الدراسة ثلاثة فصول دراسية نظراً للاعتبارات السابق ذكرها مثل طبيعة اللعبة، والشروط التي وصحت لاحتيازها، وكذلك تعدد أدوات الدراسة ولعل البحث عن هذه اللعبة وبهذه القوامصفت هو ما أطال مدة التطبيق، كما أن عدد المدارس التي استطاع الباحث أن يحصل منها على أفراد عيّنته كان كبيراً وقد ساعده على ذلك المادة مديرو المدرس ونظراهما والاحصائيون الاجتماعيون والعسيريون بها حيث مكّنوا الباحث من التطبيق بعد الإطلاع على البيانات الخاصة بمجلات للمدرس المدون بها أسماء الطالبات فإذات الأب، لو من يمزفون عنهم أنهم فإذات الأب من وقع التعامل مع إدارة المدرسة.

هذا وقد كلى التطبيق يتم بشكل هردى نظراً لظروف العبة لتعدد وتنوع الأدوات المستخدمة فى الدراسة.

تاسعاً: الأساليب الإحصائية.

استخدمت فى الدراسة الحالية الأساليب الإحصائية الآتية:

- ١- المتوسط الحسابى.
- ٢- الانحراف المحارى.
- ٣- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

عاشراً: نتائج الدراسة ومناقشتها.

فى ضوء مشكلة الدراسة والأسئلة التى تطرحها والفروض التى تقوم عليها، والأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من صحة الفروض، جاءت نتائج الدراسة على النحو التالى:

الفرض الأول:

هناك فروق إحصائية دالة بين فئات الأب وغير فئات الأب فى متغيرات الوحدة النفسية، والتقدير الذاتى للاكتئاب، والقلق كسمة، والقلق كحالة لصالح فئات الأب. والجدول التالى يوضح نتيجة هذا الفرض:

جدول رقم (١)

يوضح نتائج اختبار (ت) بين فئات الأب فى متغيرات الوحدة النفسية والتقدير الذاتى للاكتئاب والقلق كسمة والقلق كحالة

المتغيرات	القيمة	فئات الأب		غير فئات الأب		ت	الدلالة
		٢	١	٢	١		
الوحدة النفسية	٧٧,٤٣	١٥,٣٢	٧٢,٣٦	١٧,٢٥	٢,٢٩	٠,٠٥	
التقدير الذاتى للاكتئاب	٥٤,١٣	٩,٧٥	٣٩,٥٠	٨,٠٣	٣,٨٢	٠,٠١	
القلق كسمة	٤٦,٧٧	٩,٩٨	٤٥,٧٢	٨,١٥	٠,٨٥	غير دال	
القلق كحالة	٤٦,٣٣	٩,٠٤	٤٦,٢٥	٨,٥٢	٣,٤٢	٠,٠١	

يتصح من الجدول السابق أن متوسطات الإناث فالدات الأب أكبر من متوسطات الإناث غير فالدات الأب على المتوسطات الأربعة، وأن الفروق في المتوسطات كانت دالة عند مستوى (٠,٠٥) بالنسبة لمتغير الوحدة النفسية، كما كانت دالة عند مستوى (٠,٠١) بالنسبة لمتغيري التقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كحالة، بينما لم تكن دالة بالنسبة لمتغير القلق كسمة، وبهذا يكون للفرض قد تحقق بنسبة كبيرة.

مناقشة نتيجة الفرض الأول:

أولاً: بالنسبة لتغير الوحدة النفسية

أسعرت نتيجة للفرض الأول في أحد جوانبها عن تباين فالدات الأب بالإحساس بالوحدة النفسية وهذا يعني أن وفاة الأب أثناء فترة الطعونة المتأخرة وما تلاها قد تركت بصماتها السلبية عليهم، قد جطلتهم - كما يتضمن المتغير - يعاقبون من وجود فجوة نفسية باعدت بينهم وبين أشخاص وموضوعات مجالهم النفسي إلى الدرجة التي شعرن معها بافتقار الحب والتقبل والتواد من جانب الآخرين، بحيث ترتب على ذلك حرمتهم من أطلية الإخرا لفي علاقات مشرة ومشبعة مع أي لشخاص وموضوعات الوسيط الذي يحش فيه، ويمارسن دورهن من خلاله^(*).

إن سلوكهن أشبه بالملوك الانطواني، فهو ليس عرضاً مرضياً بقدر ما هو سلوك من خصائصه أنه يجبح إلى العزلة، والانسحاب الاجتماعي، وعدم إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين. إن ميلهن للوحدة النفسية مقارنة بغيرهن ممن لم يفقدن أبائهن يعني من بين ما يعني أنها - أي الوحدة - قد فرصت عليهن فرصاً، والفرض هنا هو موت الأب ومعارفته للنسبا ولهن، وتركهن بولاجهن مصيرهن بدونه والوفاة في حد ذاتها قد يترتب عليها مفارقات كثيرة

(*) يؤكد هذا ما سيرد ذكره فيما بعد عند مناقشة باقي الفروض، فهي ينتج عن الاجتماعية، ومخالطة الناس، أو الاتصال بهم.

وعريضة بل وشدة وغير مقبولة في بعض الأحيان، فقد ينكر لمن أقرب الأكرين من الأهل والأقارب والأصدقاء، الذين كانوا يترددون على أسرتهن ويملاؤن حقيقتهن في وجود الأب، ثم بعد وفاة تتبدل كثير من الأمور، ويسحب هؤلاء النفس من حباتهن شيئاً فشيئاً حتى يجدن أنفسهن في مواجهة معترك الحياة بمعهدهن، بعد أن كلن بمعصم يلتصق ودهن والقرب إليهن في وجود الأب، لكن هيهات أن يستمر هذا طويلاً، ويكون لراًأ عليهن مواجهة وحدة فرست طيهن، بل ومواجهة ظروف لم يصير لها حسباً، ظروف قد تكون مادية أو معنوية سيئة، والأحيرة هي نفسي ما يمكن أن توجهه فتاة في بداية من الطفولة المتأخرة.

إن موت الأب وقفاده وعن في مرحلة هامة من مراحل حياتهن، ألا وهي مرحلة الطفولة المتأخرة ومروراً بمرحلة المراهقة، قد يصحبه بالضرورة فقدان الاهتمام بأي شيء وعدم لرضا اللتق من إصطاط أهم حاجة من حاجتهن الطبيعية ليشريه - كما يرى فليث - وهي الحاجة إلى الأمر الأبوي. بل إن إحصاسهن بالوحدة إذا وصل إلى حد معين - بلن لضطرون إلى العيش في عزلة - فإن هذا قد يجرهن أو يدفعهن إلى تولمة الاتيهار العصبي.

ولأخيراً تجدر الإشارة إلى أنه إذا كانت الوحدة النفسية هي إحدى الأعراس المصاحبة للاغتراب الذي قد يصي في بعض حالاته للشديدة لفصائل الفرد عن نفسه، كما أن حياته النفسية تحلل ومعايير تهتر، فهل يمكن القول أن تأثير غياب الأب بالوفاة قد يمتد إلى المدى أو الحد الذي يؤثر فيه على بقلته بلن يشعر بالاغتراب الذي قد يصل إلى حد أن يكون الفرد في جانب وبصه في جانب آخر؟ وبمعني لحر هل تؤثر وفاة الأب إلى حد أن يكون هناك انفصال بين الروح والجسد؟ أو إلى حد الاضطراب النفسي واهتزاز المعايير والقيم؟ وهل هذا عرض دائم أو مؤقت؟ ومن ناحية أخرى هل ينطبق هذا على كل الفتيات عائلات الأب أو ينطبق هذا فقط على عينة الدراسة الحالية؟ وهل

يحدث هذا إذا مات الأب وبقته في من متأخرة؟ لسئلة كثيرة بأمل الإجابة عليها في دراسات تالية.

وحسب حدود علم الباحث، لم يجد دراسة سابقة تناولت دراسة هذا البعد النفسي لدى فاقات الأب على وجه الخصوص، مما يأمل معه الباحث أن تكون هذه الدراسة إضافة جديدة في مجال البحث الميكولوجي لدى تلك العينة من ذات الفئة العمرية التي تناولتها الدراسة الحالية.

ثانياً: بالنسبة لتغيرات التقدير الذاتي للاكتئاب.

إذا كانت نتيجة الفرض الأول قد أكدت في أحد جوانبها على أن فاقات الأب أكثر إيماساً بالوحدة النفسية من غير فاقات الأب، فقد أكدت أيضاً في أحد جوانبها على تميز فاقات الأب بخصائص وأعراض ما يسمى باسم التقدير الذاتي للاكتئاب، والتي تعني تميزهن ببعض الخصائص الاكتئابية التي تتمثل في شعورهن بالاكتئاب والحزن واليأس، كما أنهن يشعرن لو تتألمن بوبات من البكاء (رهافة مشاعر)، كما تبرر لذهبن بعض الحالات البيولوجية للناجمة عن شعورهن بالاكتئاب، وهذه الحالات تتمثل في تعرضهن للاضطرابات المتكررة مثل القلب اليومي ما بين الليل والنهار مع ازدياد أعراض هذا الاضطراب ليلاً على وجه الخصوص، وكذلك اضطراب النوم فلا نبت في الاستيقاظ، وأيضاً فقدان الشهية والنور، مع نقصان الشهوة الجنسية، واضطرابات أحري تتمثل في الإمساك وخفقان القلب، كذلك دلي من الخصائص الاكتئابية التي يتسم بها المتميز النشاطات الحس حركية التي تتضمن الاحتياج والإثارة والشعور بالإعاقة. وأخيراً بصائصهم بالفزع واليأس وفتردد والارتباك^(٥) وعدم الرضا والتفكير المستمر في الانتحار

والنتيجة بهذا الشكل لا تعني تعرضهن للاكتئاب المرضي أو الاكتينيكي الذي عادة ما يتميز بأربع خصائص هي: أنه لكث حدة ويستمر لفترة

(٥) هذا مرتبط بضم الفتل الاعبلى كما سيرد فيما بعد.

طويلة، كما أنه يعوق الفرد بدرجة جوهرية عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة، كما أن الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة بل في النتيجة تعي أنهم أكثر عرضة من غيرهم بمرحلة من الأعراض الاكتئابية منها الانهباط والكدر، وصعب مستوى النشاط الحركي والضمور، والشعور بتثاقل الأعباء والشكاري الجسمية والآلام العضوية مع توتر العلاقات الاجتماعية، ومشاعر القنط والوهم المرضي للنفس والإدراك السلبي للبيئة

وتتفق النتيجة السابقة مع نتائج بعض الدراسات السابقة، فقد أكدت دراسة "باريس وبروسون" (Parnes & Proson, 1985) على أن فاقدات الأب أكثر اكتئاباً، كما أكدت ذلك أيضاً دراسة (رشدي عبده، ١٩٨٧)، ودراسة (رشاد موسى، ١٩٩٣) التي أوضحت أن وفاة الوالدين أو أحدهما وبالتالي وفاة الأب تسبب العديد من الأعراض الاكتئابية، وهي ذات الأعراض السابق الإشارة إليها. وأيضاً أكدت دراسة "رونالد وجاكلين" (Ronald and Jacqueline, 1996) على أن وفاة الأب تسبب مشاكل اكتئابية.

بقيت نقطة ينبغي الإشارة إليها وهي لا تنطق هذه المرة بوفاته وغيباه الدائم عن بيته، بل تتعلق بغيباه سواء بالطلاق أم بالهجر والابتعاد، الأب في هذه الحالة على قيد الحياة، لكنه غير دائم الوجود مع بناته، وهذا الغياب يسبب صراخاً نفسياً وإحساساً بالضيق والفتور كما في دراسة (عزة الألفي، ١٩٨٦)، وفي دراسة "بيرتي وديفيتوريو" (Peretti and DiVittorio, 1992) تبين أن غيباه يشعر بانه بالاعتراق، وأنه مهجور، ومتغلب عليه، وفي دراسة كل من "ميشيل وجون" (Michael and John, 1992) ودراسة "ميكليس وإيميلي وكيم" (Denise; Emily and Kevin, 1994) تبين أنهم أكثر اكتئاباً.

لما من قدس الوالدين فلا يختلف الحال كثيراً لديهم، فهم أكثر بؤساً وشقاءً من نوبهن اللاتي لم يفقدن والدهن. كل هذا أكدت عليه دراسات كل من (سميرة إبراهيم، ١٩٨٣، وفق لير صباغ، ١٩٩٢، والمعتولي إبراهيم، ١٩٩٣).

ثانياً - بالنسبة لتقيري القلق وكسمة والقلق كحالة:

كما أكدت نتيجة الفرض على أن متوسطي درجتي القلق وكسمة والقلق كحالة كانت أكبر لدى هيئة ففقدت الأب غير أن الفرق في المتوسط لم يكن دالاً بالنسبة لمتغير القلق كسمة، بينما كان دالاً عند مستوى (٠.٠١) بالنسبة لمتغير القلق كحالة

وقبل أن نتعرض لتفسير هذه الجزئية من نتيجة الفرض، بهم الباحث أن يلتقي الصوره أكثر على معنوي القلق كحالة وكسمة، لما له من دور بارز في النتيجة السابق الإشارة إليها، كما بهم أيضاً أن يوضح العلاقة بين معنوي القلق كحالة والقلق كسمة، فهما على الرغم من اختلافهما من الناحية المنطقية، إلا أنهما يعتبران من المفاهيم البنائية المرتبطة معاً وأنه مع تسير هذين للمفهومين، إلا أنهما استحضما من قبل بعض الباحثين - كما يرى سبيلرجر - بطريقة أدت إلى كثير من الغموض والخلط بينهما

ولكي نعرض معني ارتباطها بثنائياً معاً، مع تمييزها في الوقت ذاته تشير إلى أن سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك بل قد تستلج من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدتها لدى الفرد على امتداد الزمن، وحالة القلق - وهي استجابة انفعالية غير ملرة تنسم بمشاعر تنصص التوتر والعصبية والارتعاج - تحدث عندما يدرك الشخص أن سببها أو موقفاً ما قد يؤدي إلى إيذائه أو إحاطته بخطر من الأخطار وأنها - حالة القلق - تختلف من حيث شدتها، وتعتبر عبر الزمن لتتكرر المواقف العصبية التي يصاحبها الفرد، وعلى الرغم من أنها مؤقتة وسريعة الزوال فبها غالباً ما تتكرر بحيث تعود الفرد عندما تنيرها مسببات ملائمة، وقد تبقى كذلك ربما إصافياً إذا استمرت الظروف المثيرة لها. وبمعني آخر يمكن اعتبار أن العلاقة بين حالة القلق وسمة القلق مناظرة للعلاقة بين الطاقة الحركية والطاقة الكامنة إذ تشير حالة القلق (مثل الطاقة الحركية) إلى الاستجابة أو العملية التي تحدث الآن ودرجة معينة من الشدة. أما سمة

القلق (الطاقة الكامنة) فتشير إلى اتجاه كامن لحدوث استجابة من نوع معين إذا استثيرت بمثيرات مناسبة. وهي سمة القلق تمكن بقلها خيرات مناسبة تتحدد بشكل ما الفروق في الميل إلى القلق، أي في الاتجاه لدرجة بعض أنماط المواقف كشيء خطير، والاستجابة لها "بحالة القلق".

وأخيراً فمن أهم خصائصها أنها سمة مزاجية لحائبة لا يمد على حط متصل يبدأ من سمة القلق المنحصر وينتهي عند سمة القلق العقلية، وإنها موجودة عند جميع الناس بمستويات منخفضة، وأنها استعداد سلوكي يكتسب في الملاحظة المكبرة والمتوسطة ويظل ثابتاً نسبياً عند الفرد في مراحل الحياة التالية.

وبعد هذا التوضيح الذي رأى الباحث أنه أمر لا بد منه، أمر كان وراءه الاعتقاد عند صياغة الفرض، أن فاقدت الأب أكثر عرضة للقلق، خصوصاً حالة القلق التي تمتد معهم مع تكرار المواقف التي يتعرضون فيها للقلق وما أكثرها، فهذه يتعرضون للقلق في المدرسة ومع الزميلات ومع الأهل والأقارب وغير ذلك، بل وفي أغلب المواقف التي تتطلب وجود الأب، وهو غير موجود من هنا تكون الفتاة غائبة الأب في حالة متكررة من التوتر والعصبية، وذلك لتكرار المواقف العصبية التي تتطلب منها استجابة مناسبة غالباً ما تكون انفعالية. ومع استمرارية الظروف المثيرة، وارتفاع حالة القلق، تظهر سمة القلق في السلوك.

غير أن النتيجة التي أسفر عنها الفرض الأول أكدت على أن العرق كان دالاً في حالة القلق فقط، مما يعني أنه يشتمل بحالة القلق، وأنه يدرج - شعورياً - داخلها أن هناك ما يمكن أن يؤدي إلى تعرضه للإيذاء أو للخطر، والرأي لدى الباحث أن الأمر لا يتوقف على تصالقه بحالة القلق، فالخطر أو الإيذاء لا يمكن وصفه سوى بأنه إيذاء معنوي، نفسي، وهو من أشد أنواع

الصرور الذي يمكن أن يصيب الإنسان ويمكن أن يعرقل الكثير من أمور حياته. بل ويمكن أن يؤدي إلى اضطرابه نفسياً.

إن الأحداث الماضية، الخبرات المرتبطة بفقدان الأب وتأثيرها على هادقات الأب، تریص كامئة فی القاتشور، وتحركن نحو القلق باستمرار، وكل خبرات الماضي المؤلمة، المرتبطة بالحرمان من الأب والحلجة الشديدة إليه، التي تكتسب فی مرحلة الطفولة خصوصاً من بداية مرحلة الحرمان من الأب، كل هذا يجعلهن أعلى قلقاً، بل تتميز استجابتهن بأنها تكون عالية فی كل موقف من المواقف التي يتعرضن فیها للضغوط والتوتر الانفعالي، وما أكثر هذه المواقف إلهن - حسب اعتقاد الباحث - فی حالة قلق دائم، فی أي وقت بقاس فیة القلق لذهن، ومن ثم يتمسكن بالقلق كمسألة مألوفة فی ملوكن، بل ومميزة لشخصيتهن، وإنهن یختلفن كما وكذا فی حالتی القلق كمسألة وكحالة

وربما یزید هذا - حسب اعتقاد الباحث - ارتفاع متوسط سمة القلق لذهن مقارنة بمن لم یفقدن والدهن، إن حرمانهن من الأب، قد أثر علی درجة استقرارهن النفسی، صحیح أنه استبعاد، لكنه قد یبسی بأنه ربما يتحول، فیجعلهن كالمصابین (المضطربین نفسياً)، فملن إلى إرثك العالم باعتبارہ خطراً یهدد حیاتهم، كما قد يجعلهن یخبرن الأراجاع الخاصة بحالة القلق، وهي لراجع ذات شدة مرتفعة وتكرار مرتفع عبر الزمن. وليس هذا بمستبعد، فهن أكثر إحصائياً بالوحدة النفسية وأكثر اكتئاباً، وأكثر قلقاً، بل هن - كما سیأتی فیما بعد - أقل من حیث الثبات الانفعالی ومن حیث الاتصال بالأخیرین وإقامة جسور متينة من العلاقات معهم.

بقيت نقطة فی هذا الصدد، نصیغها علی شكل سؤال أو عدة أسئلة وهي: هل مع تقدم عمرهن وتعبیر حیاتهم (بالزواج مثلاً) تحول حالة القلق لذهن، خصوصاً وإنهن قد یجسن فی الزوج (كمثال فقط) ما قد یعوضهن فقدان والدهن، بما قد یمثلہ الروح من حب وحال وعطف وعطاء؟

هل مع تقدمهم في مراحل حياتهم العلمية وتحقق إنجازات وبجاذبات علمية ملموسة، إلى درجة أن يحقن فيها قدرًا لا بأس به من لارتفاع مفهوم وإدراك الذات، ومع خبرتهم في مواجهة الصعوبات والتوتر والتحديات التي كانت تتركز حول حياتهم في فترة الطفولة، يمكن أن يقلل أو يخصص نسبة القلق لديهم فلا تكون بينهم وبين غير فاقات الأب غرق في حالة القلق ومسته؟

الأسئلة كثيرة، لكنها تثير موضوعًا لبيت الباحث يستطيع أن يحققه في المستقبل إذا تحققت له دراسة موضوع سمة القلق وحالته على ذات الحياة بعد متابعين في حياتهم فيما بعد.

وحسب حدود علم الباحث، لم يجد دراسة سابقة تناولت دراسة هذين الباحثين (القلق كعالة والقلق كسمة) المتعلقين بالقلق لدى عينة من فاقات الأب منذ مرحلة الطفولة المتأخرة وتأثيرها عليهما فيما بعد عندما يصلان إلى مرحلة المراهقة. غير أن هناك دراستين فقط أشارتا إلى تميز فاقات الأب بسمة القلق، وهما دراسة (رشدي عبده، ١٩٨٧)، ودراسة "روسلد وجانكوليس" (Ronald and Jacqueline, 1996).

وبالنسبة لفاقات الأب بميز الوفاة كالطلاق والهجر، تؤكد دراسة "دينيس وإيميلي وكيمس" (Denise, Emily, and Kevin, 1994) على أن فاقات الأب من الأطفال (الذكور والإناث) يعانون من اضطرابات القلق.

الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني على وجود فروق إحصائية دالة بين فاقات الأب وغير فاقات الأب في ثلاثة من متغيرات القيم وهي: أحلاقيات الذبح في العمل، والاهتمام بالمستقبل، واستقلال الذات لصالح فاقات الأب. والجدول التالي يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٧)

موضع نتائج اختبار رتب بين مؤلفي البحث في متغيرات

أخلاقيات الدجاج في العمل والاهتمام بالمستقبل واستقلال الذات

المتغيرات	المرتبة	فقدان الأب		غير فقدان الأب		ت	الدلالة
		ع	م	ع	م		
أخلاقيات النجاح في العمل الاهتمام بالمستقبل استقلال الذات	١٠٠٤	٢,٢	٨,٦	١,٨	٦,٥٤	٠,٠١	غير ذات ٠,٠١
	٨,٩	٢,٦	٨,٨	٢,٤	٠,٢٤		
	٩,٩	٦,٩	٧,٨	٢,٦	٦,٠٢		

بالنظر في جدول (٧) يتبين أن متوسطات الإناث فاقدات الأب أكبر من متوسطات الإناث غير فاقدات الأب في متغيرات أخلاقيات النجاح في العمل، والاهتمام بالمستقبل، واستقلال الذات. ولعل الفرق في المتوسطات كانت دالة عند مستوى (٠,٠١) بالنسبة لمعبري أخلاقيات الدجاج في العمل، واستقلال الذات، بينما لم تكن بالنسبة لمعبر الاهتمام بالمستقبل وهذا يعني أن الفرص قد تحقق جزئياً.

مناقشة نتيجة الفرض الثاني.

أولاً- بالنسبة لمعبري أخلاقيات النجاح في العمل واستقلال الذات:

لأوضحت نتيجة الفرض الثاني - وفقاً لمعبري أخلاقيات الدجاج في العمل واستقلال الذات - أن فاقدات الأب يشيرون بأنهم يعانون من قيم النجاح في العمل ويريدون أن من واجبهن إحراز مركز متقدم أعلى مما حقق والدهن (المتوفى). والعمل لديهن ليس ترفيه أو تسلية، بل هن يعملن باجتهاد وعلى نحو أفضل من الأخريات اللاتي يعشن في كنف الوالدين كما أن النتيجة بهذا الشكل تعني ملهين للإنجاز، والسمي لما يعطهن نجاحات في حياتهن، وهن يتميزون بالطموح. كما أن النتيجة أيضاً تعني لهن بأحسن الحياة بجدية، ولا يملن إلى الاستمتاع بالصحة والأسناناء، مما يشير إلى قنهن بفصل الوحدة، وهذا يرتبط بالنتيجة السابقة الخاصة بالفرص الأول، ونتيجة لاحقة تتعلق بالاجتماعية وهو ما سيقى الحديث عنها في حيزه عند مناقشة نتائج الفرص الخامس.

ويرتبط بالنتيجة السابقة استقلال دواتهن مقارنة بمن لم يقفن أبوابهن،
 فهن لا يسافرن الأحرار، غير تابعات لأحد، يسلن بلجتهن، وعملهن خارج
 عن المألوف، ولهن ما يميز شخصيتهن سواء من الفانحة الديقنة لم السياسية،
 أعمالهن تتميز بالفردية ومعلم وقتهن يكون في الفصل، لا يسلن بأراء غيرهن
 ويشعرن أنهن يجب أن يكن دقماً طموحات.

وتضيف لما سبق أنه إذا كانت القيم عبارة عن الأحكام التي يصدرها
 الفرد بالتفصيل أو عدم التفصيل للموضوعات أو الأشياء وذلك في ضوء تقييمه
 أو تقديره لهذه الموضوعات أو الأشياء ، وإذا كانت هي موضوعات الاتجاهات
 وتعتبر عن توقع الإنسان وتمثل الأشياء التي توجه رغباتنا واتجاهاتنا نحوها،
 فلي هذا يعني أن مبادئ الأب يضلن القديم التقليدية التي من أبرزها التميز
 بأخلاقيات النجاح في الفصل، وما يرتبط بها من استقلال دواتهن، كما أنه إشارة
 إلى السلوك أو النشاط الذي له مبررته من قبلهن وذلك بناء على المعايير التي
 تعلمنها من الجماعة - أغلب الظن هنا أنها الأم في المقام الأول - وخيرتها في
 حياتهن المعاشة في علاقتهن المختلفة من خلال الثواب والعقاب - من قبل من
 يقوم بالتربية محل الأب الذي سلت - ودرجة الإشباع لاحتجتهن المادية
 والمعنوية المختلفة.

في اتجاهاتهن تدفع نحو تفصيل القيم الصالحة الإيجابية، القيم التي
 تسربها بشكل مبشر وغير مبشر شعوري أو لا شعوري - من الأم التي
 حملت القيم، عباها كالم، وهو دور تقوم به راسية، وتقوي عليه بحكم
 طبيعتها التي فطرها الله عليها، وعباها كالم وهو الأصعب والأشد الذي يحتاج
 كرات وإكالات خاصة ربما لا تتوافر في الكثير من الأمهات، به - من وجهة
 نظر الباحث دور كامن للألم، لا يبرز مرحلة، لكنه يكشف عن نفسه فيما
 تنسله بنتاتها من السعي نحو النجاح وتحقيق الذات.

في قلعة الأب اسمها سبيلان - من وجهة نظر الباحث السبيل الأول:
للجروح نحو فقدان الهوية والذات، والميل نحو السلبية، وربما نحو الضياع،
خصوصاً لو فقدت الأم السيطرة على بنتها في حلة وفاة الأب الذي يضحي ولو
في غيبه، يعمل حسابيه مهما يكن، لكن مع فقدانها، وكما سبق أن ذكر تتبدل
أشور كثيرة وربما يعلت التزام تماماً من الأم خصوصاً مع كبر بنتها وتقدمهن
في العمر. والسبيل الثاني: تحقيق الذات واستقلالها والتفرد والطموح والبعد عن
الاستئثار، وأن يكون لها مكل.

إن حرمتهن من الأب لخصيهن قدراً كبيراً من الإيجابية، في كنف أم لم
تتزوج بعد وفاة زوجها، قدراً جعل قيمته النجاح في العمل واستقلالية الذات
هدفهن ودافعهن نحو إيجاد مكل يساعد على حفظ توفريهن، خصوصاً مع
تأثرهن سلباً من الناحية النفسية وجنوحهن نحو الوحدة النفسية والقلق
والاكتئاب وعدم الثبات الانفعالي، كما سيورد فيما بعد. لقد تطلعت هاتان القيمتان
في نوسهن شعورياً أو لا شعورياً وصارتا تدفعهن نحو التفرد والجدية والسعي
نحو النجاح وإحراز مراكز متقدمة أعلى مما حققه والدهن، وإن كل للبحث
تحفظ على هذا خصوصاً وأن والدهن قد توفي في سن مبكرة من عمرهن، فإني
لهن بمعرفة قيمة مركز والدهن كي يسمين نحو تحقيق مركز الفصل مما حقق
الوالد. لكن ربما يكون للأُم دور في هذا خصوصاً ولهن كلما يكبرن في السن
يكون سؤلهن عن لعائب الحاضر وهو السؤل الذي لم ولن ينقطع أبداً

ويري الباحث أنه في الحالات التي تؤثر فيها وفاة الأب تأثيراً صاراً
على أبنائه بصفة عامة وعلى بنته بصفة خاصة، ولا تكون هناك عوامل غير
مواتية تسبب الأضرار والمشاكل لأبنائه، في هذه الحالات نجد الأبناء في أحيان
كثيرة يسعون نحو تعويض فقدان الأب، وسيلهم في هذا متعددة ومتسمة، لكنها
كلها تنصب في بوتقة واحدة، وهي أن يكونوا هم كما ينبغي أن يكونوا، وأن
يشار إليهم على أنهم حققوا شيئاً جيداً في حياتهم وأن ينظر إليهم نظرة إيجابية
على أنهم شيء ذو قيمة وهي الأعم يكون سعيهم نحو تحقيق كل توقعهم

ورغبتهم واتجاهاتهم وأهدافهم، لا شعوري، وربما يدركون هذا حين يكبرون وربما لا يدركون على الإطلاق، لكن معتقدتهم تكمن في أنهم يقولون للناس نحن هنا حقاً مكلفتنا كما لو كان الأب يئنا، وما نجلها من سمادة، وما آله من طعم للحياة عندما تكون آخر لقيمتها شهية بطعم إشباع الذات. والسعي نحو إثبات الوجود كما يري الباحث - يحطهم يتسمون بقدر من الأكث لا النحر، والذي لولاه ما كانت لهم شخصيتهم المستقلة المتفردة.

ويمتدنة النتيجة التي كشفت عنها نتيجة الفرص الثاني مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمتغير أخلاقيات النجاح في العمل، لم يجد الباحث - حسب حدود علمه - دراسة تناولت هذا المتغير من قبل على عيني بحث كما في الدراسة الحالية، لما بالنسبة لمتغير استقلال الذات فتشير إلى أنه في الوقت الذي كشفت فيه الدراسة الحالية عن أن فاعلات الأب يتسمن باستقلالية الذات، نجد دراسة (رشدني عبده، ١٩٨٧) تؤكد على أن فقدان الأب بسبب عدم قدرة بنته على الاستقلال، ونهس يملن إلى الخصوع، وهو ما يتعارض مع نتائج الدراسة الحالية التي تؤكد استقلاليتهن وتفردهن، ولعل للسبب في هذا - كما يري الباحث - أن طالبات عينة دراسة (رشدني عبده) قد تزوجت أمهاتهن بعد وفاة الأب، ومن ثم كان تأثير زوج الأم ملبياً عليهن حيث لم يتمتعن بما يحوض حنان الأب الأصلي، وربما كان لتأثير زوج الأم عليهن ما جعلهن يتجهن نحو عدم الاستقلالية والميل للخصوع له، وربما أيضاً لغراب دور الأم التي صارت لا تربي بمفردها بل بمشاركة رجل نخر هو زوجها.

وربما ما يؤكد هذا أن المرافقات ماقدلت الأم قد يتميزن بمسرة الانفعال وتقلب المزاج والاكتئاب وظهور مظاهر اليأس والكلية، مع ميلهن إلى التناؤم. وكل هذا ربما يكمن وراءه رواج الأم بعد وفاة الأب، وإن كان الباحث لا يرجح هذا على طول الحظ حيث أن هناك أروجا لأمهات يقومون بأدوار عظيمة مع أبناء زوجاتهن ويقومون بدور الأب غير الطبيعي كإفصل ما يكون، وربما إفصل من الأب نفسه لو كل على قيد الحياة، والأمثلة عديدة على هذا.

لما في دراسة "نن وبيرش" (Nunn and Parish, 1987) وفي مجال المقارنة بين المتوفي أبوهن والمطلقات أمهاتهن، تبين أن فقدت الأب يترك أنفسهن بشكل إيجابي أكثر من أمهاتهن، ويعطين صورة جيدة عن أنفسهن، ولخصاً في دراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) فقد توصلت إلى أن مفهوم الذات (الجسمية والأخلاقية والاجتماعية) أعلى لدى كل من الذكور والإناث المحرومين من الأب بالوفاة، وذلك مقارنة بمن طلقت أمهاتهن من الذكور والإناث، كما تميزت الإناث المحرومات من الأب بالوفاة بأن مفهوم الذات الجسمية والأخلاقية كان أعلى لديهن مقارنة بمن طلقت أمهاتهن.

في النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية، وكذلك الدراسات السابقة، بشأن الحرمان كلية من الأب بالوفاة، تنعكس - من وجهة نظر الباحث - تأثير غياب الأب نهائياً بالوفاة عن وجوده في الصورة - بالغياب أو الطلاق - ولو بشكل غير دائم. والرأي أيضاً لدى الباحث - إن جاز له - هو الاعتقاد بأن غياب الأب بالوفاة يكون تأثيره إيجابياً والفصل على أبائه، وذلك مقارنة بمن يغيب أباهم لطروف الطلاق أو الهجر أو غير ذلك، فالمتوفي ولده أدرك أنه لن يراه ثانية وعليه أن يتعامل مع هذا الوضع.

لما "المفارق" لو من هجره أبوه بالطلاق أو غيره، بصورة الأب مثله أمامه وهو لم يفقده، وربما يؤثر هذا على صورته عنده فتتهز وتؤثر على صحته النفسية وغير ذلك. وقد يؤكد هذا ما أسعرت عنه دراسة كل من (دراسة "بيرتي وديفيتوريو" (Perti and DiVittorio, 1992) ودراسة (فانز أبو صباح، ١٩٩٢) من أن غياب الأباء بالطلاق أو الهجر، أو غير ذلك كما في حالات اللقضاء الذين لا يعرفون هويتهم ولا من أبائهم أو أمهاتهم، يجعلهم يتسمون بعقدى تقديرهم لذواتهم وصعب الأنا والتأخر الدراسي والإحساس بالفشل، وهي خصائص تتعارض تماماً مع استقلالية الذات وأخلاقيات النجاح في العمل التي من أهم مميزاتها أن الفرد يسعده أن يكون من أوائل الطلبة لا أن يكون متأخراً دراسياً بعيداً عن الطموح والسعي نحو تحقيق مركز متقدم

والفكر في المستقبل البعيد مع التضحية بإشباع الرغبات الحاضرة وإرضائها من أجل تحقيق إشباعات أعظم في المستقبل
ثانياً: بالنسبة لتغير الاهتمام بالمستقبل:

أبهرت النتيجة عدم وجود فرق دال إحصائياً بين عينتي البحث في هذا المنعير، وإن كان المتوسط أعلى نسبياً لصالح فاقدت الأب، ووفقاً للنتائج وقيمة متوسطي العنيتين وما يتضمنه المنعير، فإن النتيجة تعني أنهن يهتمن بالمستقبل كقيمة تقليدية مقابل الاستمتاع بالحاضر كقيمة عصرية، والحاضر لا يهم مقابل ما يأملنه من المستقبل والغيب البعيد، أي أن قيمة الحاضر تكل عدهن مقابل أو من أجل المستقبل، فبهم يتكررن إشباع الحاجات الحاضرة وإرضاءها لتحقيق إشباعات أعظم في المستقبل وهن يشعرن أن المستقبل مليء بالعصر لهن.

والنتيجة بهذا المعنى قد تكون مطلقة، نظراً لأن الاهتمام بالمستقبل يمثل قيمة عامة لأي كمال البشر، خصوصاً وأن المستقبل يمثل غيباً لا يعرفه أحد، ولا يعرف ماذا ينطوي عليه. والمستقبل بصفة عامة لأي كمال البشر يمثل غموضاً، وكل ما هو غامض وغير معروف ولا يمكن التنبؤ به، من الغالب أن يكون محل اهتمام كل البشر. لكن السؤال الذي يبرز في ذهن الباحثة هو: هل يتماثل التفكير في المستقبل لدى عينتي البحث؟ وبمعنى آخر هل تتشابه الأمل والأحلام والطموحات في المستقبل بين من لا أب لهن ومن لهن أب؟ هل ما ترجوه فاقدت الأب من المستقبل يختلف أو يتشابه مع من تعيش مع أبوينها؟ وفيما الاختلاف؟ وفيما التشابه؟ وهل قلن وترقب فاقدت الأب للمستقبل البعيد يتماثل مع قلن وترقب المستقبل غير فاقدت الأب؟ كلها أسئلة نأمل أن يجد لها إجابة في بحث تال.

ويستعرض الفئات السيكولوجي الممثل في الدراسات السابقة، لم يجد الباحث - حسب حدود علمه - دراسة تناولت هذا البعد القيمي بالدراسة لدى

فقدت الأب، مما يامل معه الباحث أن يكون إضافة إلى مجال الدراسات
التصية.

الفرض الثالث:

نص العرس الثالث على وجود هروق إحصائية دالة بين فقدت الأب
وغير فقدت الأب في متغير التمسد في الخلق والدين لصالح غير فقدت الأب،
والجدول التالي يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٢)

يوضح نتائج اختبار (ت) بين مهنتي البحث

في متغير التمسد في الخلق والدين

المتغير	المتحدة	فقدت الأب		غير فقدت الأب		ن	الدالة
		١	٢	٣	٤		
التمسك في الخلق والدين	١١,٧	٣,٩	٧,٩	٢,٥	٨,٥٦	٠,٠١	

بالنظر في جدول (٢) تبين أن هناك فرق إحصائي دل عند مستوى
(٠,٠١) لصالح غير فقدت الأب، وبالتالي فإن الفرض لم يتحقق.

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

لقد صاغ الباحث هذا الفرض وفي يقينه أن وجود الأب والأم معاً إلى
جوار بناتهما إنما يمثل دور الصابط للسلوك، فبات في معتقدات بناتهما قيم
الدين والخلق، وعلى أساس أن وجود أبوين معاً يمثل قيمة قوية تؤدي إلى
التحكم في السلوك خصوصاً منذ الصغر، وخصوصاً التألوا في المراقبة
والمتابعة، ثارة من قبل الأب وثارة أخرى من قبل الأم وثارة ثالثة من قبل
الآتين معاً، فالأب - من وجهة نظر الباحث - تعالوه الأم، يبدل القيم الدينية
والخلقية منذ الصغر في نفوس وصغير أبنائهما ولا يمكن القول بأن الأب دون
الأم له السبق أو الأكثرية في هذا، بل أحدهما ما تتفق الأم أو العكس في تلقين
الأبناء كل معايير وقيم الدين والخلقيات التي ينبغي أن يكون على ما قبلهما

لما بالتمنية لمن مات ليلاه، فالمسئولية هنا تقع كاملة على كاهل الأم وحدها، وربما يحاولها أحد كالحال أو العم، لكنه لن يكون كالأب في وجوده الدائم مع أبنائه. هذا تصعب ونقل قوة القيم والأخلاقيات التي يمكن بثها في نفوس وصغار الأبناء. هذا بخلاف أن تترب الأولاد وتعتهم لأوامر الأم فيما يتعلق بطاعة الله سبحانه وتعالى وإرضائه يكون أقل بحكم طبيعة الأم وقرىها من أولادها، وأنها تمثل الجانب الطيب المتسامح، بخلاف الأب الذي يرهبه الأولاد ويطيعون كلامه بل وتحتو الأم أبنائها به، مما يطبع في دكرتهم صورة عن الأب تعني الالتزام بما يأمر به، وتنفيذ ما يطلبه وغير ذلك.

لما الأم هنا كل يعرف أنه يمكن خلف ما يمكن أن تأمر به وتطلب طاعتها فيه، وما بثته فيهم من قيم ولحائقيات تلزمهم بها، يكس خلف هذا مسألة يتسللون فيها لكسر لأوامرها وعدم طاعتها في أحيان أخرى، وهم يعلمون يقيناً أنها ستسامح، بل لن تغبر الأب وغير ذلك صحيح أن هذا ليس قاعدة، فهناك أمهات لا تتكسر لهن شوكة ولا تتبدل لديهن كلمة، فهن كالسيف الثابت فيما يمتصين، ولا يشق لهن غبار، لا يحصين، وملطفتين على أولادهن في أحيان كثيرة تكون أشد من ملطة الأب حتى في وجوده.

ويبدو أن لهات فتيات عينة فافادت الأب من هذا النوع، فلبصامهن بلهن يتعلمن بمفردهن عبء تربية البنات وما أئده من عبء، جطنهن أئده في تشنة بلتهن على تحمل الألام والمقابلة مع مرور الزمن خصوصاً بعد وفاة الأب، كما أنهن لحن بلتهن، بل كون لهن الكثير من المعتقدات هي كل ما هو صواب وخطأ، ول تكلف بلتهن من أجل إرضاء الله سبحانه وتعالى، بل لهن غرسن في بلتهن القدرة على حل كل المشكلات الصعبة، كما أنهن قد ربيبن بلتهن على قيمة عظيمة تتمثل في إترانه أن الاحترام سمة أساسية وأنها أهم شيء في الحياة، بل ولهن قد صلن على حب بلتهن على إتقان العمل حتى ولو لم تكن بلتهن خيريات فيه.

إن المجتمع المصري ينظر إلي الأرملة لم الأولاد نظرة خلسة، تختلف كلية عن النظرة إلي الزوجة التي تعيش في كف زوجها أو إلي الزوجة التي طلقت من زوجها إن كل من يحيط بها ينتظر كيف ستكون تربيتها ورعايتها لأبنائها ذكراً وإناثاً؟ تتابعها العيون، وتتربها في كل لحظة من هنا وهناك، من الأهل وغير الأهل، ولعل هذا هو ما قد يدفع الأم إلي أن تنفق في كل كبيرة وصغيرة تتعلق ببيتها موضوع الدراسة، فهي تحاول أن تجعل بركاتها مميزات حلقاً وديناً، أن تثبت للكل أنها نجحت في تربيتهن بل وتعلمهن ودخولهن مرحلة التعليم الثانوي العام، بل وإعدادهن علمياً للمرحلة الجامعية فيما بعد.

ولعل تحمل الأم والمقاساة الناشئة عن وفاة الأب وما كان يمثل من قيمة هامة في المنزل، ثم الحرمان كلية منه، ولعل القيود التي تفرضها الأم على بيتها أو من يساعدوا في تربيتها من الأخوال أو الأعمام أو غيرهم، ولعل إدراك فتيات العيبة لفقدان الأب لهن يختلف في أشياء كثيرة مقارنة بمن يش مع أبائهن، لعل كل ما سبق لو غيره يكون السبب في الوصول إلي هذه النتيجة.

والنتيجة بهذا المعنى تعني أن فقدان الأب لبعد ما يكن عن التسمية والتساهل، حياتهن محسوبة وحطواتهم معدودة بل وتفاصيلهن أيضاً. لهن أحسن حياتهن مأخذ الجدة، وفوأة والدهن في فترة حرجة من حياتهن وهي مرحلة الطغولة المتأخرة ومروراً بمرحلة المراهقة، هذه فوأة ربما قد يكون وراءها إبعادهن عن التسبب الخلقى والدينى، وربما كل فقدان الأب ميزة اكتسبتها وهي فخر صرحت يعتمد على أنفسهن، يركز الفرق بين الصواب والخطأ، وأنهن أكثر قرباً من الله سبحانه وتعالى، ولقرب من الله، يهدي البصيرة ويساعد على إدراك الصواب، والوصول إلي ما يريد الإتمسك. وأخيراً كم من لافندي للأب وفقدانه قد حققوا ما لم يحققه من يعيشون في كف الأب، بل هناك من فقدوا الولدين معاً، فلم يقع هذا عقبة لو غيره في الطريق، بل كل خير ساعد على لختيار الصعاب ولو الصعاب، وتحقيق الصعب من الأمانيات، بل

وتقوا سلم النجاح العلمي والنفوي خطوة خطوة حتى حققوا ذواتهم وصلوا
مثلاً يحتذى به.

ويستطلع التراث السيكولوجي الممثل في الدراسات السابقة لجد ندرة
واصحة هي بحث هذه القيمة لدى فاقذات الأب بالوفاة وحسب حدود علم
الباحث، هناك دراستان: الأولى لجنبة- وهي دراسة هيرينجتون ومارتن
(Hetherington and Martin, 1979) التي أشارت إلى أن غياب الأب بسبب
ضعف الإحصاء بالمصير، وضعف الإحصاء بالمصوب والخطأ، وهي نتيجة
تتعارض تماماً مع ما توصلت إليه الدراسة الحالية، وأغلب الظن أن هذا يرجع
لاحتلاف الثقافات، والتمسك الدينية والقيمة والتقاليد، ففئة الشرق المصرية لا
مجال للمقارنة على الإطلاق بينها وبين غيرها من المجتمعات الغربية، من
حيث التمسك بالدين والعادات والتقاليد المسادة في المجتمع، كما أن الأم في
مصر تختلف كلية عن الأم الأجنبية. والكلام عن هذا كثير ولا مجال للحديث
فيه هنا.

لأصب إلي هذا أن عادات وتقاليد المجتمع المصري هي التي تحكم
سلوكه الفداء المصرية بشكل لا يخطها تقترب من الانتحاح أو هجر المنزل في
س مبكرة أو الإقامة مع صديق كما يحدث في الغرب. ويتأكد هذا من خلال
الدراسة الثانية: للدراسة العربية، وهي دراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) التي
أكدت نتائجها على أن المحرومات من الأب ترتفع لديهن متوسطات الذات
الأحلامية، وذلك في مجال المقارنة بينهن وبين المطلقات أمهاتهن. وربما يكون
هذا راجعاً للسبب السابق ذكره، وهو أن المتوفي والدهن يدركن الحياة على
بحر الفصل ممن قدن والدهن بالطلاق. فوقته نجهن يدركن أن لحد جناحي
الحياة قد مات ورجل وإن يعود ثقبة، وأن علىهن الاعتماد على أنفسهن، وأن
يسعين نحو التميز الحلقى والديني وأن يحققن ذواتهن، وغير هذا كثير.

الفرض الرابع.

نص العرص الرابع على وجود فروق إحصائية دالة بين فائدات الأب وغير فائدات الأب في متغيري السيطرة والمسئولية لصالح فائدات الأب. والجدول التالي يوضح نتيجة العرص:

جدول رقم (١)

يوضح نتائج اختبار (ت) بين عونتَي البحث

في متغيري السيطرة والمسئولية

المتغيرات	المتبة	فائدات الأب		ت	الدلالة
		ع	م		
السيطرة	٢٢,٧	٥,٠٥	٢١,٩	٢,٤١	٠,٠٥
المسئولية	٢٢,٧	٥,٠٨	٢٠,٧	٢,٢٨	٠,٠٥

بالنظر في جدول (٤) يتبين أن هناك فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) بين فائدات الأب وغير فائدات الأب في متغيري السيطرة والمسئولية لصالح فائدات الأب، وبذلك يكون الفرض قد تحقق.

مناقشة نتيجة الفرض الرابع.

أولاً: بالنسبة لمتغير السيطرة:

عدد تفسير هذه النتيجة بالنسبة لمتغير السيطرة أولاً، نجد أن هذه النتيجة التي أقررتها الدراسة الحالية تتكامل مع ما سبقها من نتائج، فإذا كانت السيطرة تعني الميل إلى أحد المرام في تحديد سلوك شخص أو جماعة المعر - عكسه الانقياد أو الخسوع -، أو هي نزعة لاتخاذ الدور القيادي، أو السيطرة في العلاقات مع الآخرين، (كمال نسوقي، ١٩٨٨، ١٢٩)، فلي هذا يتفق تماماً مع ما أسفرت عنه الدراسة الحالية بالنسبة لفائدات الأب، فسلوكهن لا يتسم بالخصوع أو التبعية لأحد، وهن إذا كن يتسمن باستقلالية لذات، وهن هيا يملن إلى اتخاذ القرار مستقلة عن غيرهن، وإذا كن لا يتسمن بالتساهل والنسبية، وأهن لديهن القدرة على حل المشكلات الصعبة، وهن بهذا المعنى وكما تشير دلالات المتغير واتلفت من أنفسهن، وجزومات في علاقاتهن بالآخرين، وأخيراً،

دائماً ما يتحدثون دوراً شطراً في الجماعة، يعرض كما يرى الباحث - إثبات
دوافع والتعبير عن أنفسهم وإبراز مكتبتهم.

ثانياً: بالنسبة لتغير المسؤولية.

لما المتغير أو الصمة للشخصية الثنائية وهي المسؤولية التي كانت دلالاتها
لصالح فاعلات الأب، مما يشير أيضاً إلى أن هذه النتيجة تتكامل مع ما سبقها
أيضاً. فإذا كانت النتيجة تشير إلى قدرتهم على الاستمرار في أي عمل يكلفهم
بـه، وأنهم مثابرات مصمملت، ويمكن الاعتماد على من، فقد تأكد هذا من قبل
عندما أشارت النتائج السابق ذكرها إلى أنهم لا ينظرون إلى العمل نظرة تسلية،
وأنهم يعملون باجتهاد لفصل من غير من، وحسن يكلف بالعمل، فأنهم يحثون
على نحو لفصل من الآخرين، وأنهم يجرى العمل كله، ويتقن أي عمل يوكل
إليهم، حتى إذا لم يكن خيريات فيه.

ونتيجة هذا الفرص لم تشر - حسب حدود علم الباحث - إليها أي
دراسة سابقة سواء من حيث المتغيرات لم من حيث طبيعة العينة ذاتها التي
فقدت ولذا هي مرحلة الطويلة المتأخرة (قبل ٢ سنوات على الأقل) وامتداداً
إلى مرحلة المراجعة. غير أن هناك دراسات أشارت إلى أن غياب الأب سواء
بالطلاق أو الهجرة، أو بموت الوالدين وإقامة الأبناء بمؤسسات الأيتام يؤثر
تأثيراً سلبياً على شخصية الأبناء، من هذه الدراسات دراسة (عرة الألفي،
١٩٨٦) التي أكدت على أن الحرمان من الأب يسبب للأبناء القسامة والصعاب
والإحساس بالنقص، وهو ما لا يتفق وأخلاقيات النجاح والاستقلالية، وإثبات
الذات والثقة بها، والمثابرة والقنطرة على الإنجاز كما تبين دراسة "جريج
وجيان وليميلا" (Greg, Jeanne and Pamela, 1994) أن الفتيات يشعرن بأنهن
متحلي عنهن ومهجورات، وهو ما يتعارض أيضاً مع إحصائهن بالمسؤولية،
وإبراز الذات وقسمتهن بالسيطرة لا بالخنوع والإحساس بالنوعية، كما جاء
في دراسة (فلتن أبو صباغ، ١٩٩٢).

ويبدو هنا، وهو الاعتقاد الأغلب - كما يرى الباحث - أن تأثير وجود الأم، ودورها الكامن غير الظاهر هو وراء كل ما سبق من تأثير عينة فائدات الأب، بكل ما سبق من قيم، وسمات شخصية.

والسؤال الذي يرد الآن هو - هل وفاة الأب تولد لدى الفتيات بمثابة (عبء نفسي) شعوراً ذاتياً بأنهن يتحملان مسؤولية سلوكهن الحاضر، وأنهن يفتقدن بما يعملن، ويتحمسن لدورهن في الحياة الاجتماعية دون تقاعس أو تردد كما لا تتساوون مع مشاعر الندم على سلوكهن، كما أنهن لا يعانين كما من الداخل تحسباً للأثر التي تتركب على سلوكهن كما يتحملن مسؤولية الاختيار في مواقف الحياة، دون إحساس دلطي بالصرار في مواقف الاختيار، بحيث يتولفر لهن إحساس عميق بالمسؤولية، فلا يخشين ولا يترددن في الاختيار، لأنهن مستعدات لتحمل مسؤولية اختيارهن، وباختصار أو بمعنى آخر، هل هو شعور واضح بالمسؤولية الذاتية؟

الفرض الخامس.

نص الفرض الخامس على وجود فروق ذات إحصائية دالة بين فائدات الأب وغير فائدات الأب في متغيري الثبات الاتعمالي والاجتماعية لصالح غير فائدات الأب والجدول التالي يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٥)

يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث في متغيري الثبات الاتعمالي والاجتماعية

المتغيرات	العينات	فائدات الأب		غير فائدات الأب		ت	الدلالة
		١	٢	٣	٤		
الثبات الاتعمالي والاجتماعية	١٧,٤	٥,٠٩	٢٠,٢	٤,٧	١,٢٢	٠,٠١	
	١٢,٦	٦,٩	١٥,٤	٦,٠٤	٣,١٩	٠,٠١	

بالنظر في جدول (٥) يتبين أن قيمة (ت) دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين فائدات الأب وغير فائدات الأب في متغيري الثبات الاتعمالي والاجتماعية، لصالح غير فائدات الأب، وبذلك يكون الفرض قد تحقق.

مناقشة نتيجة الفرض الخامس:

أولاً بالنسبة لتغير انبثات الانفعالي:

إذا كان الانبثات الانفعالي سمة تميز الدين يكولون عادة بمناي عن القلق والتوتر العصبي والصلابية الزائدة والعصبية، والذين يمكنهم تحمل الإحباط، كما أنه يميز المتحررين من التحيزات أو التقلبات الحادة في المزاج ، وإذا كان يعني درجة من الصبغ الذاتي والتلصب بين الاستجابة ونوعية المثيرات في ضوء المتوقع اجتماعياً، مع وضوح درجة من الاستقرار والاتساق الانفعالي مع البعد (كما مبيئت الأمثلة) عن التقلبات الحادة للشديدة ، فإن هذا - من وجهة نظر الباحث - لا ينطبق على فئات الأب، ذلك لأنه تحت كل الظروف، إذا نجحت الأم في جوانب عديدة، فهناك جوانب تعطل في إزالة آثارها عن بناتها ففئات والدهن، ومهما فعلت أو قدمت لبناتها، ومهما وفقت إلي جوانب تخفف عنهن ملهامة حرمانهن منه وهن صغيرات السن، فإن رحيله في فترة مبكرة من عمرهن، يؤثر سلباً على حياتهن في كل شيء، وأهم هذه الأشياء احتولهن الشديد له، في يكون بجوارهن مدد بعمدة لظواهرهن.

في الرحيل ينشأ على نوسهن بعض مظاهر اعتلال الصحة النفسية من قلق، وتوتر، وكئاب ووحدة نصية، وشعور بالحرلة والاعترا ب وصيق عالهن الاجتماعي، وحياتهن المعيشية والحياتية. إنه بغرض في النفس ألما نفسياً رهيباً، يرداد مع الوقت ومع تقدمهن في العمر، خصوصاً في كل موقف تمر به الفتاة، ويتطلب الأب ولائجه بجوارها.

ولعل لجرز المظاهر التي لحرزتها الدراسة، التي تؤكد أن رحيل الأب يؤثر على الصحة النفسية لبلته، ومن ثم يؤدي إلي اضطرابهن نصياً، وجمالهن أكثر اكتئاباً، وأكثر لصلماً بالوحدة النصية، كما أن متوسط درجاتهن على متغيرات القلق كسمة والقلق كحالة كلى أكبر من متوسط درجاتهن من لم يفتن

أبائهم، وإن العرق في المتوسط فيما يتعلق بمتغير التعلق كحالة كل دالا
لصالحهم كما سبقت الإشارة.

وكيف يتأثري التبعث الانفعالي وقلق طيبي وتوتر العصبي رقيقين
والصلبية الرائدة والعصبية إبانهم، إلى المواقف التي تولجها الفتاة هائلة
الأب في حياتها حتماً متصديها بالقلق والتوتر وغير ذلك من مظاهر عدم
الاقتران الانفعالي، إنها مواقف لا غنى عن وجود الأب فيها، فهي بذنية تحلجها
في المنزل، في عملية تكسبتها وإعدادها للحياة، ومدها بالحيرت وإثمارها أنها
لوست بمفردها، ثم بعد ذلك تتحدد للمواقف، منها على سبيل المثال لا الحصر،
المدرسة، وما أكثر المواقف والمناسبات التي تحتاج فيها الفتاة إبانها في
المدرسة خصوصاً وهي ترى أن زميلة لها صلتها مشكلة مع المدرسة وحلها
فجراً يتواجد معها، أما هائلة الأب فمن أين لها باب يحل لها مشكلتها مع
المدرسة. وفي الأصيل، خصوصاً الأصيل الدنيبة وهي ترى أن غيرها تذهب مع
والدها لتشتري ملابس العيد، أو تخرج معه للتزده وغير ذلك. وعندما تكبر
الفتاة ويتقدم لخطبتها شخص ما، من سيقبله؟ ومن سينلق معه؟ ومن سيبحث أن
كان يصلح لها أم لا؟

إن المواقف التي تحتاج فيها الفتاة إبانها عديدة ولا حصر لها، وكلما مر
بها موقف يتطلب وجوده، ولا تجده وخصوصاً عندما لا يمكن لغيره أن يحل
محلّه أو يكون في موقف مكلفه، كل هذا يثرلهم - نصداً - لديها ويؤدي مع
مرور الوقت إلى اضطراب صحتها النفسية. إلى الحرمان المبكر من الأب قاس
ومؤلم، ويهز مشاعر ووجدان الأبناء خصوصاً الأطفال منهم، ولا يشعر بهذا
إلا من عاش تجربة الحرمان الأبوي

وعلى صعيد الدراسات السابقة نجد ما يتفق مع ما توصلت إليه نتائج
الدراسة الحالية، فهي دراسة كل من (رضدي عيده، ١٩٨٧؛ ودراسة سميرة
إبراهيم، ١٩٨٧؛ ودراسة "دينيس" 1992، Denise؛ ودراسة هائل أبو صباع،

١٩٩٢، ودراسة رشك علي، ١٩٩٢؛ ودراسة دليفيد وجون وميشيل David John and Micheal, 1994 ودراسة ستيفاني وآخرون Stephanie, et al., ١٩٩٦؛ ودراسة رونالد جاكوبس Ronald and Jacqueline, 1996 ودراسة راوية محمود، ١٩٩٧)، كل هذه الدراسات أكدت على أن فاقدة الأب يتمير بسرعة الانفعال واضطراب وتقلب المزاج والميل إلى القتل، وأنهن كثيرات المشاكل الانفعالية، وتقل توافقاً على المستوي العام، وعلى المستوى الصحي والائتمالي والنسبي، كما أنهن يشعرن بالتمرق. كما أكدت هذه الدراسات على أنهن يعانين من مشاكل سلوكية مثل السرقة والكذب والتبول اللاإرادي، وأحياناً سرعة الاستثارة. وهي كلها خصائص ترتبط بالقلق والتوتر العصبي والصحية الفريدة والعصبية، وبالتالي ترتبط بعدم الثبات الانفعالي.

ثانياً. بالنسبة لتغير الاجتماعية:

أما المتغير الثقافي وهو الاجتماعية والذي كانت دلالاته لصالح غير فاقدة الأب، مما يعني أن وجود الأب بجوارهن يجطهن يتمير بحب مخالطة الناس والعمل معهم، والرغبة في التجمعات، وفي مزيد من الاتصالات الاجتماعية. وتفسير ذلك يؤكد أن وجود الأب يسهم بشكل فعال بل ومؤثر في اجتماعية بناته، ذلك أن وجوده يمثل قيمة هامة في حياة الأبناء، إنه يساعدهم على إقامة علاقات مع الآخرين ممن يتصلون بهم من المحيطين بهم من الأهل والأصدقاء وغيرهم، وبعضهم مثلاً لهم أبناء، ووجودهم يريد من درجة تفاعل الأبناء مع بعضهم البعض، وبمعنى آخر فهو يوسع دائرة اتصالاتهم الاجتماعية، وغالبه يؤثر كثيراً، فهو يقلص من دائرة الاتصالات، كما سبق الإشارة إليه عند مناقشة الفرض الأول.

وهذه النتيجة تؤكد أن الوحدة النفسية وما يرتبط بها من افتقاد التقبل والحب والتواد من قبل الآخرين، وكذلك ما يرتبط بها من شعور الفرد بالاغتراب والانفصال عن نفسه، وكذلك احتلال حياته النفسية وانعزالي

مفغيره، كل ذلك يجعل الفرد يجتص نحو العزلة واليد عن الاجتماعية وحب الاحتلاط وتعدد الصلات والاتصالات مع الآخرين، وهو ما يطبق على عينة ففقات الأب من خلال ما أفسرت عنه نتائج هذه الدراسة، وهذه للنتيجة أيضاً تؤكد لها الدراسات السابقة، فهي دراسة كل من "هاريس وجولد وهندرسون" (Harris, Gold and Henderson, 1991) ودراسة "دايفيد وآلان" (David and Alan, 1996) ودراسة (رؤية محمود، ١٩٩٧) تبين أن فقدان الأب يؤثر في درجة تفاعل بقاءه فهي أقل تفاعلاً في مجال التفاعلات الاجتماعية، كما ينخفض مفهوم الذات الاجتماعية لديهم بل هن أقل توفيقاً اجتماعياً.

ونختتم هذا بالإشارة إلى غياب الأب في حالات الطلاق وغيرها لو فقدان الوالدين معاً، يؤثر على درجة التفاعل والاتصال الاجتماعي بالآخرين، فقد أكنت دراسة جريج وجوان وبامبلا (Gregg, Jeanne and Pamela, 1994) على ففهن غير اجتماعيات، وففهن أقل في كل مستويات التفاعل الاجتماعي المتعلق بالمجتمع. وبالمثل أكنت دراسة (سميرة إبراهيم، ١٩٨٧) لخصاص مفهوم التوافق الاجتماعي لديهم.

الدراسة الثالثة

بعض السمات الإكلينيكية للمعاقين حركياً "دراسة مقارنة"

مقدمة:

الإعاقة ظاهرة اجتماعية، وحالة يسهم المجتمع في إحداثها؛ ذلك أن خصائص الفرد الجسمية والنفسية والسلوكية يمكن أن تصبح في حكم التعويق، حين يقيمها المجتمع على أنها حالة استثنائية، أو غير عادية، أو على الأقل غير مرغوب فيها، وعادة ما يرتب المجتمع على هذا التحديد سلسلة من النتائج السلبية من بينها إطلاق تسمية خاصة لحالة الفرد، ثم عزله في بيئة خاصة، ثم إبعاده تدريجياً عن سياق الحياة العادية، ثم تخير ردود أفعال الآخرين نحوه.

وأيضاً الأمثلة على هذا المكفوفون والمعوّقون حركياً، فالمكفوفون في مدارس المكفوفين الداخلية ومؤسساتهم التعليمية، محاصرون في سياق من العزلة، مفروض عليهم مجتمع مصطنع، له أنماطه ومعاييره الخاصة به، صغرية بمعايير المجتمع الحقيقي خارج أسوارها عرص الحائط؛ لأن هذا المجتمع الخارجي، لم ير التكيف طغلاً يجري ويلعب هؤلاء، لم يره صديقاً يحاول ويحطئ ويصطحب جنباً إلى جنب بجوار المبصر.

أما المعاقون حركياً، فالمجتمع لا يرحمهم، فسهم من كان يمشي على رجله، لندياً ملكه، يتنقل في سهولة ويسر، لكنه يصاب بما يعيق حركته، ويصبح لسير المكز أو الكرسي المتحرك أو السنادات أو الناميا بلا حراك إلا قليلاً، الأصغقاء هم أول المعندين، وغالباً ما يفرون من المعق، أو قد يحتفى اهتمامهم به، وإذا كان المعق طفلاً يلعب سيحتفى وملاؤه، لأن جيران أسرته سوف يمنعون أطفالهم من اللعب معه، خوفاً من أن يكون مرصده مد أو قاتل للعدوى، وهذا يؤدي حتماً للاتسلاخ والعزلة وتقلص العلاقات الاجتماعية إلى أبهى حد، مما يشعر معه المعق بأنه مبيود، والقصور الأتد هي التي يمكن أن

يكون مصدرها هو الدافع أو أحدهما، حين يتم تجاهل كل ما يتعلق بالإين المعاق، ويعاملته كما يعامله بعض الغرباء.

في العادة أو الإعاقة الحركية خصوصاً عندما تكون ظاهرة تجعل المعاق يشعر أنه غريب، وتأتي إحدى صورتين. أولاً أن يكون منطوياً على نفسه حجلاً، يحشى شدة السخرية التي تدعوه إلى تغاضى العلاقات مع الغير، ويلزم الإلتواء على نفسه، والاستسلام إلى لحام البقطة حيث يجد عالماً متسامحاً، وأما الصورة الأخرى فهي أن يشعر بالمرارة ولي ينص عن ألمه وشعوره بالحزن بسلوكه غير سوى.

وإذا كلى الفرد العادي يتطلع أن يعيش حياته دون أن يعاني من مشكلات تحد من أهدافه في الحياة، وهذا من حقه، إلا أن هذا لا يتحقق بالنسبة للمعاقين حركياً إلا في حالات نادرة بمعنى الكلمة، تبعاً للفقهاء بأن لكل قاعدة شواذ وليس هناك ثبات دائم على طول الخط، فالإعاقة الحركية لا تسبب فقط كل ما ذكر أعفاً، ولا ما سوف يأتي بيته في سياق هذا البحث العالي، بل أن أحد أضرارها والتي قد تجعل الفرد يدخل دائرة المرض النفسي، يكمن في الاسم نفسه (الإعاقة الحركية)، فإعاقة قدم أو ساق مثلاً، تعني تعطيل يد أو ذراع، وهذا يعوق الحركة بشكل كبير.

وكاتب هذه السطور يعاني إصابة بأحد ساقيه، تعطلت معها ذراعه أثناء الحركة أو المشي، فالمعاق عندما يفقد ساقه أو ساقيه، لا يفقدها أو يفقدتها فقط، بل يفقد أيضاً ذراعه أو ذراعيه، حيث إنه يسخر يده أو يديه للمساعدة في التنقل والحركة، وتلك مشكلة لا يشعر بها إلا من يعانيها. إن من يعانون إعاقة حركية مزمنة في أرجلهم يتزايد اعتمادهم على الأطراف الطوية أعني (اليدين والرسعين) كما تزداد مهارات العناية بدواتهم كلما تقدموا في العمر إن الأعضاء التي تعطلت عن الحركة وتقدم فيها الإصابات، بل صارت كالجزء الميت في الجسد، أو التي ضربها فيروس النشل مسبباً لها عاهة ونشوها جسدياً

وصمورا الأعصاب الحركية التي هاجمها هذا الفيروس، كما أنه قد يؤدي -
خصوصاً عندما يكون حاداً - إلى تمسخ أو تحلل رؤوس الخلايا الأمامية،
ويتبع ذلك قطع في الأعصاب أو إزالتها

هذه الأعضاء التي تعطلت عن الحياة، تجعل من قدر لهم أن يبتلوا بها،
العيش تحت وطأة الصعوبات النفسية الشديدة بعد أن دمر الفيروس مراكز الحركة
لديهم ونقلهم من كونهم أسوياء إلى معاقين يحتاجون العون والرعاية، والنظر
إليهم بعين الشفقة والرحمة، ولأنهم دون غيرهم فإن هذا قد يولد لدى البعض
الإحساس بأنهم شخص غير كامل، وغير جذاب، ويتحول إلى الإذلال
والخسوع لإعاقته، والوفور فرصة للمرض النفسي عصبياً كان أم دهانياً.

وهذا تكمن المشكلة التي يتناولها البحث الحالي، وهي هل الإعاقة
الحركية - أياً كانت صورتها أو شدتها - تترك بصمتها على المعاقين حركياً،
بحيث تؤدي إلى اضطرابهم نفسياً؟ هل الإحساس بالحرى والحصرة على النفس،
بحول المعاق إلى شخص مضطرب نفسياً، مما قد يعنى بالضرورة إعاقة توافق
لفرد على المستوى الشخصى والاجتماعى والنطيسى والمهنى وعلى الثقة
بالذات وغير ذلك؟ إن المعاق حركياً تقبله صعوبات عديدة تعوق تكيفه بالشكل
الأمثل - كما سيأتى فيما بعد - وتجعله فى حالة من عدم الثبات الانفعالى
والنفسى دوماً. وهذا البحث ما هو إلا محاولة للكشف عن بعض الآثار النفسية
(العصبية والذهنية) للإعاقة الحركية على عينة من المعاقين حركياً بإعاقات
مختلفة ومتنوعة، أو هو محاولة للتعرف إلى العلاقة بين الإعاقة الحركية
والصحة النفسية - إن جاز هذا التعبير.

مشكلة البحث:

من خلال اهتمام الباحث بمشكلة نوى الاحتياجات الخاصة، وعلى وجه
الخصوص أصحاب الإعاقات الحركية، وذلك من خلال قراءة والاطلاع على
نتائج وتوصيفت البحوث وحسور العديد من المؤتمرات سواء بالحضور فقط

أو بالمشركة يبحث عن دوى الاحتياجات الحاصلة، وجد أن الإعاقة الحركية تنشأ عن أسباب عديدة منها: شلل الأطفال، وشل العظام، وشلل التنسج والشلل المخي، شلل التهاب الدماغ، والحوادث مثل الوقوع من أماكن مرتفعة أو حوادث السيارات أو قشجار واستخدام آلات حادة تصيب الجهاز الحركي، وحوادث الميلاد، والعاهات الحلقية وأسباب الظهور، والعمود القعري، وأسباب أخرى متنوعة. كما تبين له أن أهم أسباب الإعاقات الحركية وأكثرها شيوعاً هو "شلل الأطفال"، وهو من أخطر الكورث التي آتت بالبشر قبل أن يكتشف له المصل الخاص بالوقاية منه أو القضاء عليه، ويرجع ذلك إلى خطورته حيث إن فيروسات الشلل تدخل إلى أعصاب المخ والحبل الشوكي، ثم تقوم هذه الفيروسات بعمل "مصنع أيضي metabolic factory" مما يسبب موت الأعصاب الحركية أو توقفها عن العمل المعتاد. كما تبين له أن كل الدراسات قد كشفت عن أن الإعاقة الحركية بأسبابها المختلفة وعلى رأسها الشلل تسبب العديد من المشاكل العنقبة والنفسية والحلقية للمعاق منها: صعوبات في التنفس وعدم تحمل البرد أو زيادة الحساسية له، وعدم كفاءة الجهاز التنفسي والاختناق، كما أنها تسبب الإرهاق الجسمي والعقلي، وآلام مفصالية وعضلية، وتناقص القدرة على العمل اليهني، وضغوط الأطراف ومضلات التنفس (حسب درجة ونوع الإعاقة)، وحصر الفرد في نوع روتيني واحد أو أكثر من الأنشطة والتي لا يكاد يتعداها يومياً، وشدة الألم مع تقدم العمر.

كما تؤدي إلى انخفاض معدل الزواج لديهم، وفقدان العمل أو تخفيض معدلته كما لا تمكنهم الإعاقة الحركية من القيام بالأنشطة الحولية والاجتماعية، ويفقدون الكثير من طاقاتهم وقوتهم. ومع الوقت ومع تطور الإعاقات والشلل يحدث تدهور وظيفي واضطرابات نيورولوجية وارتفاع في العضلات، في الوقت الذي قد يردد فيه الورن والعجم مما يمثل عبئاً شديداً على أعضاء الحركة المصابة، وهذا يسبب معقاة المعاقين للألم بشكل يومي.

وهذا التدهور الوظيفي والصوري يجعلهم أكثر الناس عرضة للمخاطر، وهذا يعتمد على مدى الدمار الذي أصاب الجهاز العصبي الحركي، كما يتأثر السلوك الجسدي لديهم، وكذلك الوظيفة الجسدية والنشاط الجنسي، خصوصاً لدى النساء المعاقات اللاتي قد يمآء استعمالهن جسدياً وبندياً، كما أن الإعاقة الحركية تسبب العديد من أنماط اضطرابات النوم، وهذا راجع للشعور المتكرر بالألم، والقلق، والأرق، مما قد يتسبب في أحداث بعض الحركات الغريبة وغير المألوفة في النوم مثل الاحتلاج العشوائي للعصلات، الحركات الهاليسيتية (قدائية) في الأثراع والأرجل، قبض وإسك الأيدي، ثني بطن للأذرع مع تقلص عضلات الذراع والصدر، كذلك يعاني من مشاكل الاستغراق في النوم وتزداد لديهم فترة الكمون في النوم وهي الفترة التي تكون ما بين استقاء المعاق على فترات وقبل النوم المبشر، وهذا يجعلهم تحت ضغوط قفعالية متكررة.

إن الأعراس السابقة ما هي إلا فطرة في بحر من المشاكل التي يعاني منها المعاقون حركياً. كما أنها ليست السبب الوحيد في الأسى والحر، والمضاعر الشديدة من القلق والغضب وعدم السعادة التي يشعر بها المعاقون حركياً، فهذه الاضطرابات النفسية والإتصاب المرمن والاكتئاب والأفمال القهرية، وسلوك "نمط أ" على أن أخطر ما يعانيه المعاق حركياً - من وجهة نظر الباحث - هو أنهم يعيشون دائماً مع الماضي، كيف كانوا؟ وكيف أصبحوا؟، فهم لا يحولون أفكارهم عن أجسادهم، ويتألمون للحال التي أصبحوا عليها، ويرفضون ما هم عليه، والظلم الذي وقع عليهم، ووصمة العار التي لحقت بهم، لذا فهم يرفضون تأكيد أن بهم عيب، أو أنهم معيرون. إن أصعب شيء على المرء هو فقدان الحركة، فالحركة مرتبط بها أشياء كثيرة لا حصر لها، وقد حرم منها الإتمان بالإعاقة.

وبذا كل قتال قد استتصل تقريباً من بلدل كثيرة، وفي طريقة للاستتصل من بلدل أخرى، فهل استتصلت آثاره، وأثر أي إعاقة حركية

أخرى من النفوس؟ لقد تعددت نتائج الدراسات التي أشارت إلى السمات الشخصية، والخصائص النفسية للمعاقين حركياً، والتي تؤكد جميعاً، في شبه اتفاق كامل على أن الإعاقة الحركية لها آثار سلبية ومضارة على البناء النفسي للمعاق، وعلى بصلته بلكمال والسواء، وعلى توافقه الاجتماعي، ونمو شخصيته نمواً سليماً وعلى تقديره لذاته حيث شعوره الدائم بالنقص والعجز والوصاعة، وعلى الجوانب العطفية، وغير ذلك مما تقدم وما سوف تؤكد الدراسات السابقة وملاحظات الباحث.

أهداف البحث:

إن كل علة مرضية مزمنة يتبعها بالضرورة علة وطبوية، ومبتدع ذلك بعض التغيرات في السلوك والشخصية والتصرفات، وحتماً ستتغير ردود الأفعال، وما كان ممكناً التعامل معه في الماضي قبل المرض، لا يمكن التعامل معه في الحاضر بعد المرض. إن المعاقين حركياً هم أصدق من ينطبق عليهم القول السابق، فالآثار التي مستشاً عن الإعاقة الحركية لن تكون آثارها هو ما يحدث للمرأة فقط وقت حدوثها، لكن الآثار تمتد مع استداد العمر، فالجسد يستهلك أسرع وتضعف القوى وتخور النفس مع الوقت، وغير ذلك من الآثار، في العجز الجسمي قد يولد عجزاً نفسياً، وقد يبقى هذا العجز بعد شفاء العجز الجسمي، إذا أغفل لو أُنسى التصرف بإزاءه.

وعلى الرغم من أن الصورة لن تكون قائمة على طول الخط ولأن من المعاقين حركياً من استطاع التوافق مع مطالب بيئته، ووضع استراتيجيات للتوافق مع حياته، بل إنهم تعلموا كيف يتعايشوا مع المتغيرات التي حدثت لهم، وإنهم شعروا بل لهم حياة جيدة على الرغم من كل شيء، كما أنهم يمكنهم للنظر إلى الإعاقة على أنها خبرة ولزمت فقدان عضو من الأعضاء على الرغم من هذا فإن للمعاق حركياً يظل دوماً حزين نفسه (حسب خبرة الباحث بأحد أنواع الإعاقة الحركية وهو الشلل)، إنه يظل حزين نفسه لكثرة من كونه حزين فكرياً المتحرك أو الإعاقة نفسها لما كان موقعها، إنه رهس القيد بالعجز أو أي

أداة مساعدة لو بدونها، وليس أمر على الإنسان من حبس لنفسه لدى قد يتسبب في علة نفسية أو أكثر. وهذا ما يهدف إلى بيلفه البحث الحالي حيث نتحدد أهدافه في:

- ١- التعرف إلى بعض الخصائص العصبية (توهم المرض والاكتئاب والهستيريا) لدى عينة من المعاقين حركياً.
- ٢- التعرف إلى بعض الخصائص الدفعية (البارانويا، السيكتينيا، انفصام) لدى عينة من المعاقين
- ٣- التعرف إلى بعض من الأبعاد الأساسية للشخصية (العصاب والذهان) لدى عينة من المعاقين حركياً.

أهمية البحث.

تكمن أهمية هذا البحث في الاهتمام بفئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وهم المعاقون حركياً، حيث نحاول من خلال البحث دراسة جانب من جوانب شخصياتهم، والكشف عن التأثير السلبي الذي يمكن أن تحدثه الإعاقة الحركية لدى المبتليين بها، خصوصاً وأن المعاقين بشكل عام نادراً ما يتحدثون عن خبراتهم مع الإعاقة، ويؤثرون الصحة، ولتألم دليلاً ونفسياً مع أنفسهم، ويعصهم بمعنى حتى من مجرد ذكر كلمة "الشلل أو الإعاقة"، فقد طرحت ونبتت من الحديث فيما بينه وبين أفراد أسرته، بل فيما بينه وبين نفسه أحياناً. وبعضهم يحكم على نفسه بقسوة، ويتجاهل حاجاته الجنسية، مع المعاناة من سيطرة تأثير الماضي - وقت أن كل صريحاً - على الحاضر بعد أن صار مريضاً معاقاً بل الصعوبات النفسية التي يعانى منها المعاقون حركياً أن نطرحها ونعرف إليها، فقد يسهم هذا في أن تكون هناك توصيات تساعد على إعادة تأهيلهم، كما أن هذا قد يؤدي إلى أن يردوا وعياً بالاستجابات الانفعالية الصادرة عنهم. وقد يساعد هذا في النهاية إلى تقديم إرشادات لهم مع مساعدتهم على إحداث تغييرات في حياتهم الجديدة مع الإعاقة هذه الصعوبات والاضطرابات النفسية التي يمكن أن يعانها المعاقون، برغم وصوحها وسفورها، والتعلقها

بخصائصهم الشخصية، هناك من ينكرها من الأطباء، ويرفضون الاقتناع بلئ
المرضى النفسي، هو الأكثر تأثيراً في إعقة المعاق وشعوره بالألم وفقدته
لهجدة الحياة، ولئ يرى نفسه عسواً معاف صحيحاً من أعضاء المجتمع،
ولئ شخصاً مصاباً بالإعقة

كما لئ أهمية هذا البحث تكمن في لئ للبحوث العربية والمصرية لئ
تتولئ دراسة للمعاقون حركياً لم تتولئ -عصب حدود علم الباحث - دراسة
لئلك المتغيرات النفسية الستة لئهم وهئ: توهم المرضى والاكتئاب والهستيريا،
والئ تمثل ما يسمى بالمتكث العصبي، والبارقويا والفصام والبيكثينيا، والئ
تمثل ما يسمى بالمتكث الذهلي، وكلاهما (العصب والذهل) بعدلئ مهمال من
الأبعاد الأساسية للشخصية، أما البحوث الأجبية لئ رجع إليها الباحث على
مدار الـ (٢٥) سنة الماضية تقريبا، والئ تناولت دراسة هذه المتغيرات فهئ
نادرة لئ لا يتجاوز عددها أصابع اليد الواحدة.

وهنا تكمن أهمية البحث الحالي لئ يأمل معها الباحث لئ تكون إضافة
جديدة في مجال علم النفس، على لئ هناك أهمية أخرى للبحث الحالي وهو
التعرف إلى أي من الأسطريات العصبية أو الذهنية موضوع البحث الحالي
يمكن لئ تكون سمة أو خاصية من خصائص المعاق حركياً، والئ قد تسهم
بشكل ما أو بأخر في إعقة توافقه وتكيفه مع كل من حوله من كائنات حية في
البيئة لئ يعيش فيها. إذ من المهم جدا لئ يمد يد العون للمعاق ولعنف عنه،
ولئ نشعره أننا بجواره، ما دمنا لئ نستطيع وقف الإعقة أو الآثار الناجمة
عنها.

مفاهيم البحث:

سوف يقوم الباحث فيما يلي بتعريف المفاهيم المتصلة بالبحث:
١- توهم المرضى.

هو الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والتلق - الذى لا يستند إلى سبب - على الصحة، فيشكو الفرد غالباً من الألم واضطرابات يصعب تمييزها ولا يوجد لها أساس عضوى واحد.

٢- الاكتئاب.

اتجاه علم يتمثل فى تبنى مستوى الروح المعنوية وإعدام الأمل فى المستقبل، وعدم رضا علم من قبل الفرد بموقفه.

٣- الهستيريا.

مرض صلبى أولى يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية ويكون الدفاع الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام أو الهرب من موقف خطير، أو تركيز الاهتمام على الفرد، كحماية له من الإهراق الشديد.

٤- البارافنيا:

هذاء مرمز أو مرض عظمى يتميز بوجود نسق منطقى دائم لا يمكن رعرعته، ولا ينطو، ينمو بموا بطيئاً غير ملحوظ بتقدير أسباب دالية فى نفس المريض مع احتفاظ المريض بكامل قدراته العقلية والإرادية، وتنتم الصورة للكلينيكية للبارافنيا بأربع علامات مميزة أساسية هى: مبالغة المريض فى تقدير ذاته، وعدم الثقة بالغير، وزيف الحكم، والعجز عن التوافق الاجتماعى.

٥- الهيكاثينيا:

مرض نفسى عضلى غير محدد المعنى، يتميز بحالات قلق والمخاوف المرضية والأفكار الوسواسية والأفعال القهرية. مما يؤدي إلى حالة من الإهراق النفسى وصعب الوعى الشعورى وكفاته عضل خلطى.

٦- الفصام:

مجموعة من الاضطرابات تختلف من حيث العوامل المسببة، والاستجابة للعلاج ومصير المرض، وتتفق في أنها لزمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن اضطراب التفكير والإدراك والوجدان والسلوك، وهذه الأعراض تصل إلى درجة الدمان في بعض الأوقات خلال مسار المرض. أو هو اضطراب عديد من وظائف الأنا ينتج عنه عدم قدرة المريض أن يميز بدقة وثبات الواقع الداخلي والخارجي، مع فشله في المحافظة على اتصاله بالعالم الخارجي.

٧- الإعاقة الحركية:

من خلال خبرة الباحث بالإعاقة الحركية وباعتباره أحد المعاقين حركياً، يقدم التعريف الإجرائي التالي للإعاقة الحركية- هي عجز الفرد عن الحركة والتنقل في سهولة ويسر، مع طلب العون في بعض الأحيان من قبل الغير، بسبب اعتلال الجهاز الحركي على وجه الخصوص، والجهاز البني على وجه العموم، مما قد يتطلب معه رعاية العباء، والاعتماد على بعض أجهزة البدن الأخرى، والتي تتعطل هي الأخرى عن القيام بالأنشطة المطلوبة به بسبب استخدامها كوسائل مساعدة في الحركة. وهذا الاعتلال وإن كان يسبب للمعاق حركياً بعضاً من المشاكل النفسية والموقفية والحياتية، إلا أنه يمكن النظر إليه باعتباره قصور فقط من الناحية الاجتماعية، وضغط في ناحية الأداء.

الدراسات السابقة:

جدير بالذكر أن نوه قبل عرضنا للدراسات السابقة، أنه على المستوى المحلي والعربي لم نثر من - حسب حدود علم الباحث - بعض المتغيرات العصبية (توهم المرض والاكتئاب، والهستيريا)، وكذلك بعض المتغيرات الذاتية (البارالويا، والفصام والسيكوفينيا) لدى المعاقين حركياً والأشخاص غير في الباحث استطاع أن يحصل على دراستين أجبتين فقط استخدمتا لطائر

لشخصية المتعدد الأوجه (المستخدم في الدراسة الحالية) للتعرف إلى بعض
العصائص النفسية التي تميز المعاقين حركياً، وهما دراسة دونالد ولحرين
(١٩٨٩)، ودراسة كلارك ولحرين (١٩٩٤).

غير أن الباحث قد عرّض للعديد من الدراسات الأخرى التي تناولت
دراسة بعض المتغيرات المتصلة بموضوع البحث من خلال تطبيقها لبعض
المقاييس النفسية، مثل اختبار بك للكتابة وقائمة مراجعة الأعراض، ومقياس
شيمان وشيمان للميل إلى الازدواج، وغير ذلك مما سيلي ذكره عند عرض هذه
الدراسات. كما عرض الباحث لبعض الدراسات التي درست المعاقين حركياً
من خلال الاستجابات وباستخدام منهج تحليل المضمون، أو بعض أساليب
التحليل الإحصائي الأخرى، تلك الدراسات التي كتبت لنتائجها عن بعض
المتغيرات التي ترتبط بموضوع البحث الحالي سواء فيما يتعلق بالجاب
العصبي أم الذهني.

وقد أثر الباحث أن يعرض لبعض الدراسات الأخرى التي استخدمت
مقاييس مثل مقياس تسمى لمفهوم الذات، وقائمة التغلب على المشكلات،
واختبار حالة وممة قلق، ومقياس التقدير النيورولوجي ومقياس أعراض
التفكير الدقي المعرفي، وذلك لما أسعرت عنه من نتائج ساعدت الباحث في
تفسير النتائج التي توصل إليها في بحثه الحالي، وعلى أساس أن الصحة النفسية
للمعاق حركياً جزء لا يتجزأ من تكامله وتوافقته، وأن اعتلال أو ظهور متغير
أو ممة نفسية لدى المعاق حركياً، قد يسهم في تفسير النتائج التي قد يتوصل
إليها للبحث الحالي، أو أي دراسة أخرى. ولما يلي وصف لهذه الدراسات وفقاً
للتسلسل الزمني الذي تمت فيه:

قامت هوليت إبراهيم (١٩٨٦) بدراسة الإعاقة البصرية والجسمية
وعلاقتها بمفهوم الذات والتوافق الشخصي والاجتماعي، وذلك على عينة
قوامها (٥٠) معاقاً بصرياً و(٥٠) معاقاً جسدياً من المصابين بشلل الأطفال،

وقد أسعرت النتائج عن عدم وجود علاقة بين مفهوم الذات ومتغيرات التكيف الشخصي والاجتماعي لمجموعة المعاقين بصرياً. كما أسعرت عن أن هناك عدداً من المتغيرات ترتبط بمفهوم الذات لدى المعاقين جسمياً، إذ ارتبطت درجات أفراد عينة المعاقين بالمتغيرات التي تقيس الشعور بالحرية، والانتماء، والحلو من الأعراس العائلية، والمهارات الاجتماعية، والعلاقات في الأسرة، والعلاقات في البيئة المحيطة، والتكيف الشخصي والاجتماعي. كما أظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها المعاقون بصرياً ومتوسطات الدرجات التي حصل عليها المعاقون جسمياً في المتغيرات المقاسة من حيث مفهوم الذات والاحساس بالقيمة والتحرر من الميل إلى الإنفراد، والحلو من الأعراس العائلية والمستويات الاجتماعية والمهارات الاجتماعية والتحرر من الميل المصادرة للمجتمع والعلاقات في الأسرة والعلاقات في المدرسة والعلاقات في البيئة المحيطة والتكيف الشخصي والاجتماعي. وقد جاءت هذه الفروق في صالح مجموعة المعاقين جسمياً

أما دراسة دوبلوك ولجرون (١٩٨٩) فقد أجريت على مجموعتين من مرضى الشلل الأولي قولها (١٢) مريضاً ممن يعانون من أعراض ما بعد الشلل أي شدته، وثلاثية قولها (١٢) مريضاً ممن لا يعانون من تلك الأعراض. وقد أشار الباحثون إلى أنهم قد تأكلوا من خلال المقابلات والحصص الإكلينيكي، أن القلح الأسمى للمرضى ليس فيه أحد يعاني من الشلل، كما أن جميع المرضى ليس فيهم من يعاني المرض النصفي قبل أن يصاب بالشلل. وبالنسبة للأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة فقد كانت عديدة ومتنوعة حيث تضمنت اختبار إعادة الأرقام من مقبض وكسار المعدل لنكاه الباليين، واختبار رموز الأرقام، واختبار تداعي الكلمات المقيد، واختبار القدرة على التصور البصري المكثف، وقائمة بل للاكتئاب، واختبار الشخصية المتحد الأوجه للشخصية، بالإضافة إلى إجراء مقابلة سيكولوجية لخصائص المراجع والشخصية لدى كل فرد العينتين. وقد كان وراء استخدام تلك الاختبارات

قياس الاكتئاب والسرعة الميكومترية، والتهيز العقلي أو الحلة العقلية المباشرة، والقدرة على توليد الأنماط والقدرة البصرية المكفية، أما عن النتائج فقد أشارت إلى وجود اضطرابات مزاجية لافتة للنظر (كما أشار الباحثون) لدى جميع مرضى الشلل، فقد أبررت النتائج أن ٤٦% من مرضى المجموعة الأولى، ٥٠% من مرضى المجموعة الثانية، قد دلت نتائج استجابتهم على ما يشير إلى وجود دليل على الاكتئاب مثل (اضطراب التوافق، لكتاب دوري، حلثة لكتابية مر بها الفرد في حياته)، كما أشارت لنتائج إلى أن ٨% من مجموع كل عينة قد حاولوا الانتحار. أما بالنسبة لاستجابات المجموعتين على بنود قائمة به للاكتئاب، فقد كتبت أكثر تلك الاستجابات شيوعاً على البنود الدلجالية، هي تلك التي تشير إلى الصور الجسدية Somatic features مثل التعب حيث تمثل بنسبة ٨٤%، وصعوبة العمل ٧٢%، والقلبية للاستثارة ٦٠%، وصعوبة النوم ٦٤%، ومشاعر الخيب ١٢%، كونهم معاقين ١٢%، وكذلك أعراض فقدان الشهية بنسبة ١٦%، وفقدان الوزن ٢٠%

وقد أرجع الباحثون شيوع تلك الاستجابات التي تمثل الصور أو المظاهر الجسدية إلى أنها ربما تكون راجعة إلى المظاهر والصور الباطنية أو الدلجالية للمرض بصفه. ورغم هذا أشار الباحثون إلى عدم وجود ارتباط دل إحصائياً بين الدرجات على قائمة به للاكتئاب وبين الإعاقه الفيزيقيه أو البدنيه، ويفترض الباحثون أن اعتلال المزاج ما هو إلا استجابة ورد فعل بسيط نحو الإعاقه

وبالإضافة إلى هذا فإن المرضى ذوي التاريخ السيكياتري والذين تم التعرف عليهم من خلال المقابلة الإكلينيكية، هؤلاء حصلوا على درجات عالية على قائمة به للاكتئاب بمعنى أن اعتلال الصحة نسبياً لدى المعاق فيزيقياً يرتبط بالاكتئاب، كما أوضحت النتائج أن درجات المعيقين في بقى المقاييس كانت تقع في حدود السواء. غير أن النتائج قد كتبت على أنهما قد حصلوا على درجات بيديه borderline تشير إلى ضعف لهما على مقاييس الاستدعاء غير

اللفظي، كما أكدت النتائج أيضاً على أن هناك فروقاً دالة بين المجموعتين عند مستوى (٠,٠١) في متغير الهوس الضعيف لصالح المجموعة الثانية، بينما كلى الفرق دال عند مستوى (٠,٠١) بينهما في متغير الانطواء الاجتماعي لصالح المجموعة الأولى. بينما لم تكن بينهما فروق دالة إحصائية على باقي مقاييس MMPI اختبار

أما دراسة كوبرلاي وآخرين (١٩٨٩) فقد كانت يحرص التعرف إلى بعض الخصائص النسبية لعيبة من المعاقين حركياً قوامها (٩٣) ذكراً وإثني. وقد استخدم الباحثون في هذه الدراسة مقياسين هما: قائمة مراجعة الأعراض المعدلة ٩٠، (SCL-R 90)، ومقياس التقرير الذاتي للتوافق النفسي مع المرض. وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع درجات العينة على بعض المقاييس الفرعية للمقياسين المستخدميين، فقد ارتفعت درجات الذكور على عدد من المقاييس الفرعية لقائمة مراجعة الأعراض وهي: الأعراض الجسمية والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخواب، أما الإناث فقد تشابه ارتفاع درجاتهم مع الذكور على مقاييس الأعراض الجسمية والاكتئاب والقلق، كما حصل على درجات مرتفعة على مقياس الذهنية.

ومعنى هذا أن درجات كل المجموعتين قد وصلت إلى الحد الإكلينيكي المرضي (كما يذكر الباحثون)، وبالنسبة للمقياس الثاني فقد كانت درجات الذكور والإناث مرتفعة على المقاييس الفرعية الآتية للرعاية الصحية الموجهة، والبيئة الاجتماعية والعلاقات الأسرية الممتدة كما كانت متوسطات درجات الرجال أعلى قليلاً من النساء، لكن الفروق لم تكن دالة بينهما. وبالنسبة لبروهيل الأعراض فقد أشارت النتائج إلى أن المجموعتين تعانين من الصيق أو الكرب النفسي أما فريدريك (١٩٩١) فقد قام بدراسة استمرت عامين وذلك على عينة قوامها (١٢٠) مريضاً ومريضة بإعاقات مثلية نتج عنها شلل بالجسد، حيث أرسل لهم استخباراً منزلياً يتكون من (٥٤) صفحة. وقد أسفرت النتائج عن العديد من النتائج، من بينها أن (٥٠%) من حجم العينة يعانون من الاكتئاب،

كما يعاقرون من التوتر فراند والتلق الإكلينيكي. وقد علق الباحث على هذا بأن
الاكتئاب يحدث للناس الذين لديهم نظرة تشاؤمية تجاه الحياة.

وفي دراسة " سعيد عبد الله (١٩٩٣) "، والتي هدفت إلى دراسة بعض
العوامل المرتبطة بمفهوم الذات لدى المشلولين، وطلبي عينة قوامها (١٢٢)
هرداً من الذكور والإناث المصابين بالشلل، وباستخدام الصورة الإرشادية من
مقياس تكسي لمفهوم الذات لقياس كل من الذات الجسمية، والأخلاقية،
والشخصية، والاجتماعية، وقد الذات، والذات الواقعية، والرضا عن الذات،
والذات السلوكية، وأخيراً الذات الكلية وقد كشفت نتائج الدراسة عن فروق
محدودة للغاية بين مجموعات المقارنة، فقد تبين وجود فروق ذاتية إحصائية بين
الذكور والإناث في أربعة أبعاد فقط ثلاثة منها لصالح الإناث، هي الذات
الجسمية، والذات الشخصية، والذات السلوكية، أما بعد الذات فقد كانت
دلالاته لصالح الذكور. والنتيجة بهذا الشكل تسمى في الإناث أكثر اعتدالاً بنواتهن
الجسمية والشخصية والسلوكية مقارنة بالذكور. كما كشفت النتائج أيضاً عن
وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات العمرية للعالمين جسدياً في بعدين
من أبعاد مفهوم الذات وهما: الذات الجسمية والذات الأسرية، حيث كانت دلالة
لصالح الأكبر سناً، بما يمكن معه في تسمى هذه الفروق إلى أن الفرد كلما تقدم
في العمر استطاع في بتكيف مع إعاقته، ومع الأجهزة الترميمية التي
يستخدمها، كما أنه يصبح أكثر تقبلاً لصورته الجسمية. أما بالنسبة للذات
الأسرية فقد صرنا الباحث بأن الأفراد الأكبر سناً كانوا من ذوي الإعاقات
الشديدة في حوادث السيارات، مما جعل الأمثلة أكثر عطفاً على هؤلاء الأفراد
ولكثر تعاوناً معهم واهتماماً بهم. وهذا وقد تبين من النتائج أنه لا يختلف مفهوم
الذات بابعاده العشرة لدى المشلولين باختلاف زمن حدوث الإعاقه، ولا درجة
الإعاقه (بسيطة - متوسطة - شديدة) وأخيراً لا توجد فروق بين المجموعتين
من حيث لاختلاف سبب الإعاقه.

وهي دراسة قلم بها ثلث وأخرون (١٩٩٣) على عينة قولها (١١٦) مريضاً بالشلل، طبق عليها مقياسين هما: قائمة الأعراض المختصرة، وقائمة التقلب على المشكلات، بالإضافة إلى استبيان منطبق بتاريخ العينة المرضى مع الإعاقة الحركية وبعد تحليل الاستجابات تم تقسيم العينة إلى مجموعتين، الأولى تنسم بالاكْتئاب والشعور بالكرب والهم قولها (٩٩) مريضاً، والثانية لا تنسم بالاكْتئاب أو الشعور بالكرب والهم وتلك قولها (١٧) مريضاً. وقد ظهرت النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية تروحت بين مستوى (٠.٠٠١) و (٠.٠٠١) بين المجموعتين، حيث تبين أن المجموعة الأولى أكثر شعوراً بالألم من المجموعة الثانية وهذا يعني أن هناك علاقة بين الاكتئاب والألم. كما أن تقدير المجموعة الأولى لصحتها أصعب من تقدير المجموعة الثانية، حيث أن ظروفهم الصحية والطبية أكثر تدهوراً من المجموعة الثانية وذلك منذ لحظة الإصابة بالإعاقة الحركية، وحتى اللحظة التي عليها المرضى الآن. كما أن المجموعة الأولى (المكتئبة/المهمومة) أقل رمسى عن حياتهم ووضعهم الوظيفي وهم أقل قدرة من حيث التقلب على السلوكيات الناجمة عن الإعاقة.

أما دراسة كلارك وآخرين (١٩٩٤) فقد كتبت ترى أن الفرد حين يصاب بالشلل، تظهر لديه أعراض جديدة تنمو ببطء مثل التعب وريادة الألم وغير ذلك، مما يؤدي إلى معاقته من بعض الاضطرابات النفسية، فهل هذه الاضطرابات النفسية - كما تسأل الباحثون - تلعب دوراً في إظهار تلك الأعراض التي غالباً ما تصوب المرضى بعد اصابتهم بالشلل والإعاقة. وللتحقق من هذا اختبرت عينة قولها (٢٢) مريضاً ومريضة بالشلل وطبقت عليهم المقاييس الآتية: لاختبار الشخصيات المتعدد الأوجه "الصورة الثانية"، قائمة بك للاكتئاب، لاختبار -الة وسمه القلق لمسيلبرجر، مقياس شامبل وشامبلان للميل إلى الذهان، مقياس الاجهاد أو الأعياء العصبي، مقياس التفكير النيوروسيلوجي، وأخيراً مقياس أعراض التقرير الذاتي المعرفي. وقد كشفت النتائج عن أن فعالية العظمى للدرجات تقع في حدود السواء، وأنه على الرغم

من أن كل أفراد العينة يعانون من ظهور الأعراض الجديدة للإعاقة إلا أنهم
أسوياء من الناحية العصبية والذهنية والقلق وغير ذلك. وهذا يعنى بوضوح
أنه لا علاقة بين نمو أو شدة ظهور الأعراض الجديدة للمرض وبين
الاضطرابات النفسية. غير أن النتائج قد أظهرت أن هناك فروقا دالة إحصائياً
بين الذكور والإناث على مقياس الشكلوى الجسمى Somatic لمصالح النساء
ولهن أكثر ميلاً للعلة أو الإطواء الاجتماعى.

وفى دراسة أخرى لثلاث وآخرين (١٩٩٤) عن الفروق بين عينتين من
مرضى الشلل، الأولى معروف عنها أنها مكتئبة والأخرى غير مكتئبة، وهى
العينة مصفاة التى أحرى عليها درسته السابق ذكرها، تبين إضافة إلى ما سبق
أن المكتئبين يميلون إلى الإطواء والعيش بمفردهم، ويعانون من فقد العمل
والبعد عن مهنة، ومن النتائج أيضاً أن لتطيل العملى لقائمة القطب على
مشكلات الإعاقة قد كشف عن وجود ثلاثة عوامل تكمن وراء تلك الصفات
وهى: القبول الإيجابى للذات، والبحث عن المعلومات/ المساعدة والمشاركة فى
الإعاقة، والفاعلية الاجتماعية. وفى دراسة لبرونو (١٩٩٥) على مجموعتين
من المعاقين حركياً خضعوا لبرنامج علاجى - تأهيلى، المجموعة الأولى قوامها
(٨٠) معاقاً حركياً يعانون من التهاطل عضلية - هيكلية بمؤخرة الظهر،
والثانية تعاقى من أعراض ما بعد الشلل قوامها (٤١). وقد طبق على هاتين
المجموعتين، ومجموعتين ضابطتين أخريين فشلوا فى إكمال البرنامج العلاجى
- التأهيلى المقاييس التالية: مقياس بك للاكتئاب، ومقياس "مدأ" المختصر،
ومقياس دافعية التحرير السلبى، ومقياس الخصاسية للنقد والقتل. وقد أظهرت
النتائج ما يلى:

أولاً: بالنسبة لقائمة بك للاكتئاب: ارتفعت الدرجة التى حصلت عليها
للمجموعة الأولى، لكنها لم تكن دالة من الناحية الإكلينيكية. كما أشارت
النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة الأولى
والمجموعة الضابطة التى لم تكمل البرنامج العلاجى - التأهيلى فى

مستوى الاكتئاب، وذلك لصالح المجموعة الأولى، كما كانت هناك فروق دالة بين هذه المجموعة والمجموعة الثانية لمعققة حركياً والتي عانى من أعراض ما بعد الشلل في مستوى الاكتئاب وذلك لصالح المجموعة الأولى. كما أكدت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة الثانية والمجموعة الضابطة، المعققة لها، والتي لم تكمل البرنامج العلاجي - التأهيلي.

ثانياً: بالنسبة لمقياس سلوك "تمطأ": أكدت النتائج على أن المجموعة الأولى تتميز بسلوك "تمطأ" مقارنة بالمجموعة الضابطة المعققة لها، بينما لم تكن هناك فروق دالة إحصائية بين المجموعة الثانية، والتي عانى من أعراض ما بعد الشلل والمجموعة الضابطة والتي عانى أيضاً من الأعراض نفسها لكنها لم تحضر البرنامج العلاجي - التأهيلي، وذلك في سلوك "تمطأ".

ثالثاً: بالنسبة لمقياس الدافعية التمريز السالب: أكدت النتائج أن متوسط درجة المجموعة الأولى كان مرتفعاً إحصائياً، كما أن متوسط الدرجة كان دالاً إحصائياً مقارنة بالمجموعة الضابطة المعققة لهم أما المجموعة الثانية فلم تكن هناك فروق دالة إحصائية بينها وبين المجموعة الضابطة المعققة لها، والتي لم تكمل البرنامج العلاجي - التأهيلي.

رابعاً: بالنسبة لمقياس الحساسية للنقد والفضل: أشارت النتائج إلى أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعة الأولى والمجموعة الضابطة، بينما كل متوسط الدرجة دالاً إحصائياً لدى المجموعة الثانية، كما أنه في مجال المعرفة بين المجموعتين الأولى والثانية، وبين المجموعتين الضابطين أكدت الفروق لصالحهم أيضاً. وفي دراسة التعرف إلى التوافق المعسى - الاجتماعي لعينة قوامها (١٣٨) ممن تعرضوا للشلل والذي أدى إلى إعاقتهم حركياً، قام "من" (١٩٩٦) بدراسة مسحية على تلك العينة،

حيث فحصت كل البيئات التي تجعل الفرد "المبتور عضو من أعضائه" متقاعلاً، ولديه معنى 'إجباري' عن خبرة الإعاقة التي يعاني منها، أو لديه تحكم مرتفع في الإعاقة التي يعاني منها والآثار الناجمة عنها، والذي قد يكون له تأثير صحي على الاكتئاب وتقدير الذات وقد خلطت النتائج باستخدام الأسلوب الإحصائي تطويل الانحدار فتيبي أن تعول الاستعمال أو فبئر بعد حدوثه له تأثير على الحد من الاكتئاب وارتفاع تقدير الذات لدى الفرد، كما أن كل من لديهم استعداد أو ميل للتناول والتقدير على التحكم في الإعاقة يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس تقدير الذات لروزنبرج.

لما مرى (١٩٩٦) قد قامت بدراسة مسحية على عينة قوامها (١٦٨) معاقاً تراوح مدى العمر لديهم ما بين ٣٣ - ٧٧ سنة، وكان متوسط عمرهم وقت بداية القشل ٨ سنوات، حيث أرسلت لكل واحد منهم استخباراً عن طريق البريد، طلبت فيه منهم أن يرووا تكرياتهم مع القشل، وأن يحكوا عن مشاعرهم وأفكارهم. وقد خلطت المشاعر والاستجابات التي عبر عنها أفراد العينة في تكرياتهم باستخدام مقياس تطويل المضمون لجونشالك وجليسر Gottschalk and Gleser، وكذلك مقياس ويستبروك وفيني Westbrook and Viney، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ١- أكثر المشاعر تكراراً كانت مشاعر القلق، حزن، وجدت لدى ٨٤% من إجمالي حجم العينة وقد تمثل القلق في عدة صور هي:
 أولاً: قلق البئر mutilation anxiety، تمثل لدى ٧٥% من حجم العينة. وهذا يعني أنهم يفتقرون على أصصائهم المصابة، فير عجبهم (صعب تكبيرهم) ما سوف يحدث من تمار أو تلف للعصر المصاب بالعجز وبالتالي قد يحدث له البئر.

ثانياً: قلق العزل أو الانفصال تمثل لدى ٥٨% من حجم العينة، فهم يحشون فقدان المند أو المعين وكذلك الوحدة.

ثالثاً: قلق الانتشار أو القلق غير المحدد، وقد تمثل لدى ٣٧% من حجم العينة، وهو يشير إلى الحوف والقلق دون تمييز لمصدر الخوف.

رابعاً: قلق الارتيلب وقد تمثل لدى ٣٥% من حجم العينة، كإشارة إلى فهم يعاقبون من عجز في الفهم، وغير عارفين ما سوف يحدث، مما يؤدي إلى أنهم يعانون من الحط والإرتباك.

خامساً: قلق الحجل والاستحياء وقد تمثل لدى ٢٠% منهم، وهو يعنى عدم الكفاءة، والصعب، والشعور بالخرى.

سادساً: قلق الموت، وقد تمثل لدى ٢١% من العينة، وهو يعد إشارة إلى الموت، أو التهديد به.

سابعاً: قلق مشاعر الذنب وقد تمثل لدى ١٩% منهم، وهو إشارة إلى الشعور بالاستهجان والرفض والإثم.

٢- الاكتئاب: بعد القلق كانت أكثر المشاعر تكرراً هي الشعور بالاكتئاب، حيث تمثل لدى ٧٠% من حجم العينة، فهم لا يشعرون بالسعادة، وهم غاصبون دقماً من الأفكار النفاذة لهم، والمنمرة لوجودهم، وإحسانهم فهم دون الآخرين في الكثير من الأمور الحقيقية.

٣- بعد الاكتئاب كانت أكثر المشاعر تكرراً مشاعر فجور والصعب، وكونهم يشعرون باليأس ويشعرون بأنهم لا عون لهم، وأن حياتهم قد صارت خارج حدود سيطرتهم عليها، وأن هناك من يتحكم فيها من الآخرين. وهذه قد تمثلت لدى العينة بنسبة ٦٨%

٤- يأتي بعد ذلك التفاعلات الاجتماعية السلبية، والتي تمثلت بنسبة ٥٧% من تكررات استجابات العينة حيث يرون أن العلاقات بينهم وبين من

يرعونهم، أو بينهم وبين أفراد المجتمع، غير إيجابية. ولـى هناك من
يمكك لتأثير على الآخرين قيمتهم من التعامل معهم.

٥- التفاعلات الاجتماعية المعتدلة وهي تمثل نسبة ٥٦%، إشارة إلى أنهم
أحياناً ما يفتقرون الدعم أو العون وأنهم يشتركون في الخبرات مع
الآخرين ويشعرون بالرضا لمثل هذه التفاعلات حينما تتم.

٦- أما مشاعر القلبية أو القوة في التأثير على الآخرين وفي الأحداث، فقد
تمثلت بنسبة ٣٣% من إجمالي حجم العينة. وهذا يعني رحتهم في
محاولة التخطيط، وصبط الأحداث قدر استطاعتهم، بما قد يكون لديهم
من قوة وقدرة.

وقد أكدت البليئة على أن هذه الانطباعات إنما كانت أكثر ذكراً من قبل
المعاقين حركياً، الذين انفصلوا عن ذويهم ولم تتم رعتهم من قبلهم وتم نقلهم
لمؤسسات الرعاية حيث تعاملوا مع مجموعة من العاملين والموظفين الذين
عاملوهم بقسوة وظلمة، وكثت سبل المتعة والترفية لديهم كل، كما أن قدرتهم
على مواجهة الأحداث التي كانت تولجهم كانت أقل من ذويهم من الأسوياء.
كما أشارت البليئة إلى أن هناك ارتباطاً بين وقت بداية حدوث لشلل والمشاعر
التي يمر عنها المشاركون في الدراسة، كما أن العمر قد ارتبط أيضاً ارتباطاً
دالاً بين قتين من المشاعر السابق ذكرها، وهما قلق الصوت وقلق الشعور
بالنسيب، فالكبار والبالغون من المحتمل أن تتضمن مشاعرهم تجبرات مثل
الموت، أما الصغار فبهم يحزون عن مشاعر تشير إلى الذنب.

وفي دراسة كان هدفها التعرف إلى مدى سيطرة الاستطرابات
الاكتئابية، والرضا عن الحياة لدى مجموعتين الأولى: قولها (١٢١) من
المسنين المصابين بالشلل، والثانية: مجموعة صابطة مقابلة لهم في كل شيء من
حيث الظروف الديموجرافية والاجتماعية وغير ذلك وهذه المجموعة قولها
(٦٠) فرداً من الأسوياء. وقد طبق على المجموعتين مقياس الاكتئاب للمسنين

ومقياس الرضا عن الحياة في هذه الدراسة توصل كل من كيمب، ولانز وكامبل (١٩٩٧)، إلى أنه لا توجد فروق بين المجموعتين في مدى انتشار الاضطرابات الاكتئابية، هذا في الوقت الذي وجد فيه أن نسبة ٢٨% من مرضى الشلل تعاني من سيطرة الاضطرابات الاكتئابية. كما كشفت النتائج عن أن وظيفة الأسرة وقباحتها نحو الإعاقة والمعايق، وكذلك بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، تسهم في تعديل هذا الأثر، أي تأثير الإعاقة على الأعراض الاكتئابية للمعايق، وقد أشار الباحثون لتأكيد هذا بقولهم أنه قد وجد أن بين المعاقين المتضمنين بالاكتئاب دلالة الإكسبكتيكية، دليل صئيل يؤكد دور المجتمع في تعديل وعلاج هذا الاكتئاب. وقد أشارت النتائج أيضاً إلى أن المعاقين أقل رضىً عن الحياة مقارنة بالعبء السوية. وفي مجال المقارنة أيضاً قام الباحثون بتقسيم العينة التي تعاني من الشلل إلى مجموعتين، إحداهما تعاني من أعراض ما بعد الشلل، أي أن تأثير الشلل عليها لئد ولقوى من المجموعة الثانية، فكشفت النتائج أن المجموعة التي تعاني من أعراض ما بعد الشلل، أكثر اكتئاباً، ولقل رضىً عن الحياة.

وفي دراسة مسحية survey على مجموعة من المعاقين الذين يعانون ويتلقون الخدمات والدعم الطبي بمركز فرجينيا للشلل بأمريكا، قام هنري هولاند (١٩٩٧) بدراسة على عينة من المعاقين حيث أرسل لهم استخباراً بالبريد، استجاب بالرد عليه (٦١) معاقاً من أعضاء المركز الذي تراوحت مدة إصابتهم بالشلل ما بين ١٠ - ٥٠ سنة، ويستخدمون في تنقلاتهم أكثر من وسيلة للتنقل والحركة مثل العكاز والكراسي المتحركة، سئانتل، أحذية للإعاقة، وأجهزة تتركب بالساق للتنقل وغير ذلك. وقد كشفت النتائج أن ٣٦% منهم يعانون من فرط التوتر، و ٥٢,٥% منهم يعانون من اضطرابات النوم وأنهم يتناولون عقاقير تساعد على خفض النشاط والحيوية، كما تبين أن من أهم اضطرابات النوم التي يعانون منها الكوابيس وصيق التنفس وكثرة التبول الليلي والالتصاحب stress وعدم الراحة، و ٧٢% منهم يعانون من المشاكل المعرفية

والتي من أهمها التركيز، أو التذكر أو التركيز والتذكر معاً وإيجاد كلمة، و٧٥% منهم تتوافر لديهم حصص من "تمط الشخصية أ" وبالنسبة للموقف الأسرى فقد أظهرت النتائج أن ١٣% فقط يتلقون الدعم من أزواجهم، و١١% فقط يتلقون الدعم من الأسرة.

وفي دراسة أجراها كل من سوزان وبيرو (١٩٩٧)، عرض فحص سلوك "تمط أ"، ومفهوم الذات والوحدة، وذلك على عيّنين من مرضى الشلل، الأولي. خضعت لبرنامج علاجي للعلاج من آثار ما بعد الشلل، وقد كل قوام تلك العينة (٢٩) مريضاً، وثلاثية لم تخضع للعلاج من آثار ما بعد الشلل وقوامها (١٧) مريضاً، بالإضافة إلى عينة ضابطة لم يحدد عددها في الدراسة، وقد أرسل لهم بالبريد الاختبارات النفسية التالية: مقياس الوحدة المعدل UCLA، وثلاثة مقاييس فرعية من مقياس تسمى لمفهوم ذات هي مقياس تقدير الذات الأسرى، ومقياس تقدير الذات الاجتماعي ومقياس تقدير الذات الشخصي، بالإضافة إلى استبيان التعب لأعراض ما بعد الشلل، ومقياس سلوك "تمط أ" وقائمة به للاكتئاب.

وقد كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين (التي اكملت العلاج، والتي لم تكمل) على مقياس به للاكتئاب، غير أن متوسط الدرجة كان أعلى لدى المجموعة التي اكملت العلاج، بالرغم من أنها لم تصل إلى المعدل الإكلينيكي. كما لم تكن بينهما فروق دالة في سلوك "تمط أ" وأن متوسط الدرجات كان في المعدل الإكلينيكي أيضاً. وفي مجال المقارنة بين المجموعتين المعالقتين وبين المجموعة السوية غير المعالجة تبين أن المجموعتين المعالقتين أكثر اكتئاباً، وأعلى من حيث مستوى سلوك "تمط أ"

وبالنسبة لبقي المتغيرات النفسية تبين أن الدرجات لم ترتفع إكلينيكياً، ولم تكن هناك فروق دالة بين المجموعتين المريضتين بالشلل. كما كشفت النتائج عن وجود ارتباط دال سلبياً بين استخدام العكاز وبين درجة الذات

الأسرية، بينما ارتبط طلب المساعدة إيجابياً بالذات الأسرية. أما عن أكثر النتائج التي أثارت الدهشة - كما يذكر الباحثان - فهي عدم ارتباط درجة الذات الشخصية بأى من المتغيرات العلاجية، حيث تبين في دراسة سابقة أن هناك ارتباطاً دالاً بين القبول الإيجابي للذات وبين القتل على الأثر الناجمة عن ما بعد القتل.

ومعنى هذا أن قبول الذات الشخصية يرتبط أساساً بالإعالة ذاتها من حيث تأثيرها على الفرد الملق، ولأن درجة الذات الشخصية تقيس كفاية الذات وصلاحياتها وكذلك قيمة ذات بصرف النظر عن صورة الجسم والعلاقات مع الآخرين، فإن هذه النتائج تقتضى أن من قبلوا الحصوع للبرامج العلاجية أقل على كل لملاط قبول الذات عن كونهم مقبولين من قبل الآخرين. ويطلق الباحثان على أن أهمية القبول من قبل الآخرين خصوصاً الأسرة، يشير إلى ارتباط دال مع درجة الذات الأسرية ومع لملاط طلب المساعدة والعون. ورغم هذا لم يكن هناك ارتباط دال بين درجة الذات الأسرية وبين المرمى الذي يطلبون العون والمساعدة من الأزواج ومن أعضاء الأسرة. وقد أرجع الباحثان هذا إلى أن المرضى ربما يكونون خائفين من فقدان القبول الأسري عن طريق طلب المساعدة وأخيراً فقد كشفت الدراسة عن وجود ارتباط دال بين درجة سلوكه "المطأ" ودرجة الوحدة النفسية، كما ارتبطت درجة الوحدة النفسية بدرجة الذات الشخصية والأسرية والاجتماعية.

وفي دراسة نفسية لتأهيل فاقدى أعضاء الجسم عن طريق البتر، قام كل من علي عبد السلام وأحمد محمد (١٩٩٧) باختبار مجموعتين من المبتورين قوام كل واحدة منها (٥٠) فرداً، المجموعة الأولى تلقت برنامج تأهيلية نفسية واجتماعية وطبية ومهنية، والثانية لم تتلق مثل هذه البرامج. وقد طبق على المجموعتين مقياس تسمى لمفهوم الذات. وقد قصح من النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في مقاييس الذات الأخلاقية والأسرية

والاجتماعية لصالح المجموعة التي تلقت برنامج تأهيلية بينما كانت الدلالة في صالح الذين لم يتلقوا برنامج تأهيلية في مقاييس الذات الجسمية ونقد الذات.

والنتيجة بهذا الشكل تعني أن المجموعة التي لم تتلق التأهيل النفسي والاجتماعي والطبي والمهني، تعاني مقارنة بالمجموعة الأولى من القلق والتوتر والشعور بالاعاقة والوحدة؛ ذلك لأن العامة الجسمية كما في حالات البئر تعطل حواس المبتور وأعضاء الحركة عن القيام بوظائفها، كما تشير النتيجة أيضاً إلى احتمال افتقاد أفراد العينة الثانية إلى الدفاعات الذاتية، كما أنهم قد يكونوا مرضى مجردين من الدفاعات، وكل هذا مرتبط باضطراب صورة الجسم التي قد تؤدي إلى القلق، وإلى تشويه صورة الذات ونقدها. والنتيجة بهذا الشكل تشير سمياً أن المبتورين من المجموعة الأولى التي تلقت برنامج التأهيل النفسي والطبي والاجتماعي والمهني، وربما كانوا ممن تعطلت صورة الجسم لديهم، وربما كانوا أيضاً دائمي النقد لأنفسهم.

وفي دراسة كيب وكروسي (١٩٩٩) على عينة من المسمنين متوسط عمرهم (٥٠) عاماً، وهذه العينة قولها (٢٦٠) فرداً مسمنين على النحو التالي: العينة الأولى تعاني من شلل لطفال قولها (١٢١) وهم يتحركون بصعوبة ويعانون من أعراض ما بعد الشلل، والعينة الثانية قولها (١٧٧) فرداً وهي تعاني من شلل أيضاً بسبب إصابة الحبل الشوكي وهم لا يمكنهم الحركة، والعينة الثالثة عينة صلبة لا تعاني من شلل قولها (٦٢) فرداً. وقد طبق على المجموعتين أداتين، الأولى اختبار الاكتئاب للمسنين، والثانية اختبار الصحة والمزاج للبالغين.

وقد أسفرت النتائج عن أن الاكتئاب يتباين بتباين العيانات، فهو أعلى لدى العينة الأولى والثانية مقارنة بالعينة الثالثة، وهو أعلى لدى العينة الثانية مقارنة بالعينة الأولى. كذلك الرضا عن الحياة، فالأسوياء أكثر رضى عن الحياة وتقبلاً للذات، والحياة بشكل عام. أما برجر ومارينيك (٢٠٠٠) فقد قاما

بدراسة لمعرفة تأثير الأثر الناجمة عن الضلال على استقلالية المعقلين ودراسهم عن الحياة وقد كتبت العينة قوامها (١٠٠) معقل حركيا، أرسل لهم اختبار بالبريد، وبعد تحليل النتائج وجد أن الأعراض الجديدة لو أعراض ما بعد الضلال تؤثر في استقلالية المعقل وتجعله قلق وغير راض عن الحياة. كما أن هذه الأعراض تؤثر على أدقهم لأنشطتهم الحيوية واليومية.

لما هازيندونك وكروى (٢٠٠٠) كحد حولاً في دراستهما معرفة تأثير الإعاقة على بعض الحصائص المعرفية والنفسية، وللتحقق من هذا قاما باختبار عينة قوامها (٢٢) معاقاً حركياً يمثلون من أعراض ما بعد الضلال، و(٢٠) معاقاً حركياً لا يعانون من أعراض ما بعد الضلال، أي في المجموعة الأولى مصابة بالإعاقة من مدة زمنية طويلة وظهر عليها تأثيرات للضلال أكثر مقاربة بالمجموعة الثانية، واختبراً مجموعة صابطة قوامها (٢٢) من الأسوياء. وقد طبقت عدة مقاييس نفسية وعقلية على المعينات وهي: قائمة بك للاكتئاب "المصورة الثقافية" واختبار السلوك المرمسي، واختبار المهام لبروي - بيكرسون، واختبار لوستن، واختبار استروب، واختبار كاليغوريا للنظم اللفظي، واختبار تكويين المحولة، واختبار رموز الأرقام، وقد أسفرت النتائج عن أن المجموعة الأولى التي تعانى من أعراض ما بعد الضلال، أكثر اكتئاباً وأكثر توهماً للمرض مقارنة بالمجموعتين الثانية والثالثة، كما كشفت النتائج أنه لا فرق دال بين المجموعات في باقي المقاييس النفسية، أما المقاييس العقلية الخاصة بالتفكير والانتباه والتركيز فقد كانت دلالتها لصالح عينة الضلال الأولى، غير أن الباحثين قد أشاروا إلى أن صعوبة التفكير والانتباه التي كشفت عنها من قبل من يمثلون من أعراض ما بعد الضلال، هذه الصعوبات قد تكون متصلة بالمظاهر النفسية للمرض أو راجعة إليها أكثر من كونها متصلة بالتناقص في الأداء المعرفي. ويعنى آخر يوجد ارتباط دال بين بعض الاضطرابات النفسية التي تصيب المعقل حركياً وبين الضعف والعجز عن الأداء المعرفي الجيد من قبل المعقلين حركياً.

وفي دراسة وصفية لعينة من المعاقين قوامها (١٥) مريضاً، قام كل من ويندبيرج واهلستروم (٢٠٠٠) بمقابلةهم لكي يصعوا ويجروا عن خبراتهم المرضية، وكلفت للمقابلات تسجيل ويدون فيها كل ما يأتي على لسان أفراد العينة وبعد تحليل النتائج تبين أن العينة تتوافق مع حياتها الجديدة، ومع الأعرص الجديدة للمرض وأنهم يفكرون في كل ما يتعلق بالمستقبل، ولهم رغب في الحياة الجديدة للوقوع في المرض، وتهديد حياتهم، إلا أنهم عبروا عن أنهم يقصرون حياة جيدة، ويجرون معظم طموحاتهم في أماكن عملهم وحياتهم الأسرية، كما أشاروا إلى أن الموقف النفسي الاجتماعي لهم يتعد نتيجة أعرص ما بعد الشلل، وهو ما يجعلهم أكثر عرصة للاتصال، لكنهم قاترون على توجيه هذه الأعباء، ما عدنا تلك التي تصيب عليهم إجهاد عصبي.

كذلك أكد كل من اهلستروم وكارلسون (٢٠٠٠) في الدراسة التي قاما بها على عينة قوامها (٣٩) معاقاً عاشوا مع المرض مدة تزيد على ٢٥ سنة، أن نصف العينة إلى كل يشعر بوعاءة مسئولية في الحياة ول الحياة غير جيدة بالنسبة لهم، إلا أن النصف الأخر ذكروا أنهم يعيشون مستويات من الرضاوية النفسية/ الاجتماعية، كما أشار ربع العينة إلى أن الشلل بمعنى القوة والطور الشخصي. وهذا يختلف مع دراسات أخرى سبق ذكرها حيث تبين منها أن المعاقين يرون أن الحياة قسمة، ولهم مكتنون وغير ذلك من السمات التي تشير إلى أنهم يعانون بحق من عدد من الاضطرابات النفسية.

وفي الدراسة التي قام بها مصطفى عبد الباقى (٢٠٠١) للتعرف على السلوك التوكيدي لدى عشرين من المعاقين بإعاقات مختلفة، الأولى تكون من (٣٠) معاقاً تلقوا برنامج تأهيل، ولديهم أعمال يراولونها، والثانية من (٣٠) معاقاً لم يتلقوا أى برامج تأهيل، وخاصة البرامج النفسية، وغير محترطين بالمجتمع ولا يراولون أعمالاً بصغة منتظمة، لأسباب شخصية وقد طبق عليهم مقياس التوكيدية لدى المعاقين وقد أسعرت النتائج عن أن العينة التي تلقت تأهيل تنسم بحصائص نسبية مثل الاستقلال والاعتماد على النفس، والثقة بها،

وارتفاع مستوى التوكيدية، والميل إلى التردد، والخصوصية، والبعد عن الإدعائية أو العنصرية، وتمتعهم بدرجة صحية من الطموح والسعى نحو تأكيد الذات، والفتوق للنفس، بل والحرص عليه. وتلبية مهامهم بكفاءة واقتدار، مما يشعرهم بأنهم ليسوا في حاجة إلى الآخرين كثيراً. ولهم ليسوا عبئاً على الأسرة أو المجتمع. وهذه هي الجوانب التي يعتقد أفراد المجموعة لثانية من المعاقين للمعزولين رهن إعاقتهم.

فروض الدراسة:

من خلال ما تقدم وما عرّض من نتائج في سياق الدراسات السابقة تحدثت صياغة فروض البحث على النحو التالي:

- ١- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركياً والأسوياء في متغيرات المثلث المصابي وهي: توهم المرض، والاكتئاب، والهستيريا.
- ٢- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركياً والأسوياء في متغيرات المثلث الذهاني وهي: الجارلوا، وتوهم المرض، والسيكازينيا

الإجراءات المنهجية للبحث:

أ- العينة. تم تقسيم العينة إلى ما يلي:

- ١- عينة المعاقين حركياً، وهي تتكون من (٧٠) معاقاً حركياً من الذكور الذين يترددون على جمعية التأهيل المهني بالإسكندرية، وقد ترلوح مدة الإصابة بالإعاقة للحركية ما بين ٢٢ - ٤٠ عاماً.
- ٢- عينة الأسوياء، وهي تتكون من (٧٠) مفحوصاً من الأسوياء الذين ليست بهم إعاقة حركية، أو بدنية، لو إعاقة من أى نوع هذا وقد ترلوح المدى العمري للمعنفين ما بين ٢٠ - ٥٥ عاماً.

بـ. التطبيق ووصف البيئة:

تم تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه كاملاً على جميع أفراد العيشتين، وذلك للإفادة من نتائج بقية المقاييس في دراسة أخرى للباحث، وكذلك للحصول على قيمة درجة مقياس التصحيح (ك)، لإصلافة نسب معونة منها إلى بعض المقاييس المستخدمة في سياق البحث الحالي. وفما يلي تعرض للتطبيق على عينتي البحث.

أولاً: بالنسبة لعينة المعاقين حركياً:

تم التطبيق على أفراد تلك العينة بشكل مبعد بمركز جمعية للتأهيل المهني بالإسكندرية، وهذا المركز يتردد عليه جميع المعاقين من المسجلين بمكتب المعاقين للتأهيل المهني وعددها ستة مكاتب على مستوى الإسكندرية وجميعهم يعالون من إعاقات حركية مختلفة، منهم من يعالون من إعاقات حركية في ساق واحدة، أو ساقين، ومنهم من يعالون من إعاقات حركية تشتمل الأطراف العلوية والسفلية، ومعظمهم يستعمل أدوات مساعدة مثل العكاز، أو العكازين، ومنهم من يستعمل سدادات طبية، أو كرسي متحركة، وجميعهم يترددون بشكل دائم على المركز للإفادة من الخدمات التأهيلية والطبية التي يقدمها المركز لرواده.

ثانياً: بالنسبة لعينة الأسوياء:

تم انتقاء العينة من عدة مناطق من مدينة الإسكندرية ممن يعرفهم الباحث أو يعرفهم أحد من أصدقاء الباحث، وقد كلى التطبيق يتم أيضاً بشكل مبعد.

وقد استغرق التطبيق (١٩) شهراً نظراً لأن عينة المعاقين وإن كان ترددهم دائماً إلا أنهم كانوا يقيمون في أجنحة محددة وليس كل يوم.

ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العيشتين فيما يتعلق بالمستوى العمري والاقتصادي والاجتماعي والثقافي.

جد أداة البحث

استخدم الباحث في الدراسة الحالية اختبار الشخصية المتعدد الأوجه الذي يعد من أهم الأدوات التي وصفت لقياس الشخصية عن طريق التقرير الذاتي وهو من تأليف كل من ستارك هاتواي، وج. من. ملكلي، وقد أعدته العربية كل من لويس كامل مليكة، وعطية محسود هدا، ومحمود عماد الدين إسماعيل.

والاختبار يفيد بوصفه أداة للقياس الإكلينيكي، ويقدم صورة متكاملة عن الجوانب المختلفة في شخصية الفرد، تتمثل في درجات على المقاييس المختلفة التي يتكون منها الاختبار. وللاختبار صورتان جمعيتي وفردية، الصورة الفردية المستخدم بعض مقاييسها في الدراسة الحالية تتكون من (٥٥٠) فقرة، تُصنف إليها (١٦) فقرة مكررة في الصورة الجمعية، وفي ورقة الإجابة

وتغطي فقرات الاختبار مدى واسعا من الموضوعات التي تتناول الجوانب المختلفة في الشخصية مثل الصحة العامة، والقوى الصحية بما فيها من أجهزة الجسم المختلفة، العادات، العائلة، الزواج، المهنة، التعليم، الاتجاهات الجنسية، والاجتماعية، والدينية، والفلسفية، والنزعات السياسية، والمزوخية، والهوليس، والهالوس، والمخوف الرسمية، والحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الاكتئاب، والحالات الواسية والقهري والروح المعنوية وما يتصل بالذكورة والأنوثة واتجاه المخصوص نحو الاختبار. وقد صنفت هذه الفقرات في أربعة مقاييس صدق هي مع رموزها عدم الإجابة (أ)، للكذب (ل)، الخطأ أو التواتر (ف)، والتصحيح (ك)، وعشر مقاييس إكلينيكية هي مع رموزها: توهم المرض (هـ س)، الاكتئاب (د)، هستيريا (هـ ي)، الانحراف المسكوبتي (ب د)، الذكورة - الأنوثة (م ف)، البارنويا (ب أ)، المسكوبتي (ب ت)، القسالم (م ك)، الهوس الحفيف (م أ)، والانطواء الاجتماعي (م ي).

وقد اتفقت الباحثة ستة مقاييس إكلينيكية هي: توهم المرض والاكتئاب والهستيريا والبارقويا والسيكاثينيا والفصام، وذلك لتطبيقها في سياق البحث الحالي على أسس التصنيف الموسوع من قبل والسعي المقياس والذي يرى أن المقاييس الثلاثة الأولى تمثل المثلث العصبي، والمقاييس الثلاثة الأخرى تمثل المثلث الذهني.

ثبات اختبار الشخصية المتعدد الأوجه وصنقه:

استخدم هذا الاختبار على وجه الخصوص في منات الدراسات وتم التحقق من صدقه وثباته، وكذلك ثبات مقاييسه الفرعية وصنقها، الأمر الذي يرى الباحث معه الاكتفاء بما حققه هذا الاختبار من نتائج في تلك الدراسات وبما حققه من قدر عال من الثبات والصنق.

الأساليب الإحصائية.

حسبت في الدراسة العالية المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمبستى البحث، كما تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

النتائج ومناقشتها^(٥):

جدول (١) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات الحسابية وقيم (ت) لمعيزات توهم المرض والاكتئاب والهستيريا لدى المعالين حركيا والأسوياء.

المتغير	القيمة	المعالين حركيا		الأسوياء		قيمة ت	الدلالة
		ع	ح	ع	ح		
توهم المرض	١٧,٨	٢,٠٨	١٥,٧٦	٢,٠٥	٢,٩١	٠,٠١	
الاكتئاب	٢٦,٢٦	٢,٧١	٢٨,٩٣	٤,٢٢	١,٦٧	غير دالة	
الهستيريا	١٢,٨٦	٢,٧٧	١٤,٧٠	٣,٢٨	٥,٤٩	٠,٠١	

(٥) حسبت الدرجة الحام لمقياس توهم المرض بعد إضافة (٠,٥) ك) كما حسبت الدرجة الحام لكل من مقياسي سيكاثينيا والفصام بعد إضافة الدرجة ك).

جدول (٢) يبين المتوسطات الحسابية والاختلافات المعيارية وقيم (ت) لمعيرات البارافريا والسوكاتينيا والعصام لدى المعاقين حركياً والأسوياء

المتغير	المعيار		الأسوياء		القيمة ت	
	٤	٥	٤	٥	٤	٥
البارافريا	٢٢,٤٠	٢,٢٥	٢٠,٥٦	٢,٠٥	٤,٩٠	٠,٠١
السوكاتينيا	٢٤,٧٣	٢,٧٦	٢٢,٨٢	٢,٣٢	٤,٣٨	٠,٠١
العصام	٣٦,٤٢	٣,١٦	٣١,٣٦	١,٩٨	٠,١٦	غير دالة

مناقشة نتائج الفرض الأول:

أولاً: بالنسبة لتغير توهم المرض:

بالنظر في جدول (١) يتبين أن قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠١) لصالح عينة المعاقين حركياً. ونتيجة بهذا المعنى تشير إلى اهتمام من قبل المعاقين حركياً غير عادي بوظائف الجسم وشكلوى توهم مرض غامضة، وتشاؤم وشعور بالمرارة، وبنقص الكفاءة الشخصية والفعالية. كما أنهم يبالغون في علل العالم وفي موقفهم، وفانرا ما يعمرون عن عدائيتهم بصورة ظاهرة، ولكنهم يعمرون عن هذه المرارة بصورة مقنعة باستخدام الشكلوى الجسمية للتحكم في الآخرين. وما يزيد هذا أن نسبة ٥٤,٣% من مجموع عينة المعاقين حركياً تقع في حدود عدم السواء الإكلينيكي، بينما نسبة ١٤,٣% من مجموع عينة الأسوياء تقع في حدود عدم السواء الإكلينيكي.

إن المعاقين حركياً يعتبرون من أكثر الناس شعوراً بالمرارة والألم مهما حلوا أن يحفوا هذا؛ ذلك لأنهم في معظم المواقف يجدون أنفسهم دون غيرهم من الأسوياء فالأسوياء يمشون، ويلعبون، ويصنعون، يذهبون، يجيدون، كل شئ بالإمكان يعطونه لما هم فلا حول لهم ولا قوة، وكل ما يمكنهم فعله أو القيام به يتوقف على نسبة الإعاقة، فإن كانت بسيطة كان تكون إعاقة في سلق واحدة سوف يستخدم عكازاً أو عصاً أو غير ذلك من الأدوات

المساعدة، مع الأخذ في الاعتبار أنه يفقدان سيق واحدة يفقد المعاق حركياً
دراعه أيضاً لأنها سوف تفقد لخدمته كي تساعد على الحركة.

هذه الإعاقة البسيطة هي التي تتحكم في حركته وسلوكه وما يمكن أن
يعطيه، والأشد والأقوى من هذا لو كانت الإعاقة في الساقين، سوف تنقيد معهما
اليدين لاستخدام العكازين أو غيرهما، وبالتالي تكون حركته بطيئة هشة،
وبسهولة يسقط على الأرض إذا أعاقه شيء، أما لو كانت إعاقة شديدة جداً كال
لا يمكنه التحرك الا على كرسي متحرك، فحدث ولا حرج من الإحساس بنقص
الكفاءة الشخصية وعدم الفعالية، حيث الأمر يتطلب تدخل الغير للمساعدة، لا
في التنقل والحركة من مكان إلى مكان فحسب، بل في قضاء أي أمر من
الأمر البيولوجية والفسولوجية. وما أصعب هذا وما أفساه وأعنفه على نفس
المقعد! خصوصاً لو كان هذا المقعد صريحاً سوياً قبل أن تاكل الإعاقة
جسمه، أو يسرى الفشل في أطرافه.

وكل ما سبق قد يدفع بعض المعاقين حركياً إلى أن يكتفوا من الشكاوى
البدنية لا لشي إلا لأنهم يرغبون أن يكونوا محل لفتار الغير، ولأنهم لديهم
إحساس داخلي أنهم إن لم يعطوا ذلك سوف يهملون ويتركوا، وهم يرغبون
دائماً أن يقولوا نحن هنا، نحن موجودون، لا نتركوا وحداً لأننا متاكم.

كما أن التدهور الذي يرد له مع تقدم العمر في صحتهم يعطهم بمزور
الوقت أكثر صعباً مما يريد من عبء الصعوبات البصية الاتفاعلية عليهم، الأمر
الذي يكون معه الشكوى والحلجة.

إن الفياض في نفس المعاق حركياً، بعمق وتأمل، سوف يجد أنه مجبر
على الانتماء غير العادي بجسمه، وسلوكه قهري في هذا الأمر، وهذا مما قد
يصل به إلى أن يكون توهمه للمرض توهم غامضاً، وهو غامض - من وجهة
نظر الباحث - لأنه هو نفسه لا يعرف لماذا يشكو، لكنه يريد، أن يكون
موجوداً. إنها علة نفسية تنفع بالمعاق حركياً دفماً نحو الاكتئاب في أحيل

كثيرة، وفي عينة البحث الحالي يتحقق هذا بشكل لافت للنظر حيث أنه برغم أنه لا توجد فروق بين المعالين حركياً والأسوياء في متغير الاكتئاب إلا أن درجتهما تقع في حدود اللامواء الإكلينيكي، وبذلك هذا إذا علمنا أن نسبة ٨٤,٣% (درجة تفنية ٧٠ وما فوق) من المعالين حركياً يتجهون نحو الاكتئاب وهذا ما سوف نناقشه فيما بعد.

والنتيجة الحالية تؤكد المقولة الطمئية - النفسية وهي أن توهم المرض أحياناً يكون هو المصدر الأساسي للاكتئاب، وبذلك تنعكس العملية الاندماجية، أي أن خوف المريض على صحته الجسمية قد يكون هو مصدر الاكتئاب. على أن الباحث يود أن يضيف في هذا الصدد أنه ربما يكون الخوف على الصحة مصدره أنه قد كل شيء ولم يبق له ما يخاف عليه إلا صحته الجسمية، فينخد كل السبل المصوية وغير المصوية لتحقيق هذا، وهو يفعل دائماً هذا كنوع من الدفاع عن النفس وبقائها وبالتالي استمراريته هو.

كما يود الباحث الإشارة إلى أن التحليل العملي لهذا المقياس على وجه الخصوص قد كشف عن عامل مشترك هو الصحة البدنية الضعيفة. كما أن هناك مقاييس أخرى من المقاييس الخاصة والجديدة التي استخرجت من مقياس الشخصية المتعدد الأوجه تشتمل على نسبة كبيرة من فقرات المقياس، من هذه المقاييس: مقياس "الأعراض البدنية" ومقياس "الأعراض المصوية" ومقياس "الصحة الضعيفة" فهل معنى أن فقرات المقياس تتضمن إشارة إلى الأعراض البدنية أو المصوية أو الصحة الضعيفة؟ هل هذا يسهم في إثارة المعالين حركياً كمتموهين للمرض؟ من يعلم؟

وبالنظر في الدراسات السابقة نرى أن دراسة (دوبالد وآخرون، ١٩٨٩)، قد أشارت إلى أن درجات المعالين حركياً لدى مجموعتي الإعاقة على مقياس توهم المرض من اختبار MMPI قد جاءت في حدود المواء. وبهذا تختلف هذه النتيجة مع النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية، ونفس النتيجة جاءت في

الدراسة التي قام بها كل من (كلارك ولخرون، ١٩٩٤) والتي تستخدم فيها اختبار الشخصية المتعدد الأوجه "الصورة الثابتة" حيث أشارت هي الأخرى إلى أن المشلول للعقل حركياً تقع درجته في حدود السواء المرضى. ويتبع معلومة لقراءة في الدراسات السابقة نجد إشارة إلى ارتفاع درجة المعاقين حركياً على مقاييس الأعراس الجسمية، وذلك في دراسة (كونرادى وآخرون، ١٩٨٩)، وهي هذا إشارة وتأكيد لما سبق حيث اهتمام المعقل حركياً بأعراسه لو بالأعراس الجسمية، وكذلك دراسة (دومالد ولخرون، ١٩٨٩) حيث شيوخ الاستجابات على بسود الصور الجسدية، وإيضاً دراسة (هارينك وكروى، ٢٠٠٠)، حيث أشارت إلى أن الأسوياء أقل توها للمرض مقارنة بمجموعتي الإعاقة لحركية موضوع الدراسة، وكل هذا يتفق مع نتائج الدراسة الحالية.

ثانياً. بالنسبة لتغير الاكتئاب:

بالنظر في جدول (١) يتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين عينتي البحث في متغير الاكتئاب، والدرجة بهذا الشكل لا تعنى السواء برغم عدم الدلالة الإحصائية؛ إذ أنه مما بلغت لخطر أن متوسطات الدرجات لدى العينتين تدل على أنها خارج المعدل الإكلينيكي مما يعد إشارة مسافة تؤكد سمة الاكتئاب لدى العينتين (المعاقين حركياً والأسوياء)، فقد تمثل الاكتئاب بنسبة ٨٣,٣% لدى عينة المعاقين حركياً، بينما تمثل نسبة ٥٧,٧% لدى الأسوياء، (درجة تغية ٧٠ وما فوق للعينتين).

وإذا كفت الدرجة المرتفعة تشير إلى أن أصحابها يشعرون بالاكتئاب والقلق وتقلب المزاج والمعاناة من الفك وفراط الصلابة لمستواهم الوطني الاكتئالي، وهم عادة منطويون ومعزولون، فهذا الأمر قد يكون مقبولاً بالنسبة للمعاقين حركياً للظروف الخارجية اللاإرادية التي ألمت بهم وحولت حياتهم إلى عذابات يومية وشبه يومية، لكن من غير المقبول أن يكون الأسوياء منطويين ومعزولين.

إن النتيجة بالنسبة للأسوياء دلالة واضحة على أن العصر الذي يعيشه هو عصر الاكتئاب وهو إشارة جادة إلى الكبد الذي يلاقيه الناس في حياتهم. فالمحاطر من كل جانب والضغط البيئية تطوق أعناقهم، تحنقهم كما تحنق غيرهم بلارحمة ولا هودة، في كل الأمور الحقيقية صارت لا تطلق، لم يعد الإنسان فيها أمناً على نفسه ولا على يومه أو غده ولا على مستقبل من يحول، خصوصاً ونحن كل يوم نجد متغيرات على الساحة المحلية والدولية تشير إلى أن البقاء للأقوى حتى وإن كان ظالماً. وأن صاحب الحق عليه أن يلحق التراب، بل لا يمكن له، كما ارتفعت الأسعار في كل شيء، وهذا الارتفاع كما يقولون أكل معه الأخضر واليابس، بتغير أمور كثيرة نحو الأسوأ، ولا تحديلاً إيجابياً نحو الارتقاء بالإتصال، والسعود به إلى قمة جبل الأمن والأمان، بل الهبوط به نحو بئر الحرمان والتفكير الدائم في الخروج منه، مع الأمل البعيد، والطم السقيم، والسمات العميق.

لعل ما سبق جعل من أسوياء عينة البحث العالي ينحون منحى الكسالى فساروا غير مفرطى النشاط؟ بل وصل الأمر بهم إلى أن يكون من الصعب استئثارهم، وأنهم من شدة الضغوط صار النوم عسير عليهم وفقدوا الشهية للطعام. ثم أن الحال لن يكون هكذا إذا درسنا عينة أخرى لو كان حجم العينة الحالية لكبر مما عليه، من يعلم؟

أما بالنسبة للمعاقين حركياً فالنسبة (٨٢,٤%) لا تدع مجالاً للشك بأنهم يعاقون ويقاسون، خصوصاً وأن عدد كبير من الدراسات يؤكد هذا. كما أنهم أعصاء في مجتمع الأسوياء يتأثرون كما يتأثر الأسوياء، وما يلحق بالسوى يلحق بالمعاق. إن الدرجة إشارة واضحة إلى حزن عام ومزاج اكتئابي، أما بالنسبة للذات أو للحياة. وهو إشارة لكيدة نحو رغبة التنازل واليأس اللذين يمسكان حياة المعاق حركياً، فيلزع نحو الشعور بالذنب أو الدونية، والانتقاص من قدر الذات والإثراء والاكتئاب.

إن دلالة الدرجة التي حصل عليها المعاقون حركياً والتي تشير إلى ما سبق بدعها الكثير من الدراسات، ففي دراسة قبوليت ليراهيم (١٩٨٦) ما يؤكد أن المعاق عندما يبتعد عن الدونية والانتقاص من قدر الذات، يمو مفهوم الذات لديه، ودراسة نوبالد وأجرين (١٩٨٩)، تؤكد أن المعاقين حركياً لديهم اضطرابات مزاجية لاقبة للخطر، وما يدل على الاكتئاب مثل اضطرابات المزاج، والاكتئاب الدوري، وحوادث الحياة الاكتئابية، وليس هذا فحسب فهناك من حاول الانتحار وأنهم يصعب عليهم النوم ويشعرون بالذنب، مع فقدان الشهية

وبرغم النتائج التي أبررتها دراسة نوبالد وأجرين (١٩٨٩) وكلارك وأجرين (١٩٩٤) والتي تم فيها تطبيق اختبار MMPI، إلا أنها لم تتفق مع نتائج هذه الدراسة، ذلك لأن نتائج الدراستين قد أشارتا إلى أن درجات المعوقين حركياً لم تصل إلى درجة اللاسواء الإكلينيكي. أما في الدراسة الحالية، فالدرجة لدى الأسوياء والمعاقين حركياً قد وصلت إلى المعدل الإكلينيكي وعند درجة ثانية (٧٠)، والتي تشير إلى ما يؤكد الاكتئاب الإكلينيكي. وهذا على الرغم من عدم وجود فروق دالة إحصائية بينهما على متغير الاكتئاب

إن الاكتئاب شائع بصورة ما لو بأخرى لدى المعاقين حركياً، وهذا ما تؤكدته دراسة كوبرداي وأجرين (١٩٨٩) ودراسة هردريك (١٩٩١)، ودراسة ثات وأجرين (١٩٩٣) التي أجريت على عيّنتين معاقين إحداهما تنقسم بالاكتئاب والشعور بالكرب والهم، ودراسة ثات أيضاً (١٩٩٤) التي أجريت أيضاً على عيّنتين معاقين أحدهما مكتئبة، والتي أكدت أن المعاقين حركياً المكتئبين يميلون إلى الانطواء والعزلة والعيش بمعزلهم أما دراسة من (١٩٩٦) هيها أشارت صريحة إلى أن تقليل الاستئصال والبتز يكون له تأثير على الحد من الاكتئاب

ودراسة ماوى (١٩٩٦) التي أكدت فيها على انتشار الاكتئاب لدى عينة دراستها بمسبة ٧٠%، أما دراسة علي عبد السلام ولحمد محمد (١٩٩٧)، فبرغم أنها أشارت إلى أن المبتورين الذين لم يكتفوا التأهيل يعانون من بعض أعراض الاكتئاب مثل القلق والتوتر والشعور بالنعاسة والدونية مقارنة بمن تلقوا التأهيل، إلا أن الباحث يتحفظ على هذه النتيجة، لأن التأهيل، والعلاج يحتاج مدة أطول بكثير قد تصل إلى سنوات لأن إزالة ما رسب في النفس من نواحي نقص وعدم اكتمال وكتابة، ليس من السهل أن يلتقيها المعاق خلف ظهره في مدة زمنية وجيزة

وفي دراسة كمب وكرومسي (١٩٩٩) أيضاً تبين أن الأسوياء أقل اكتئاباً، كما أشارت إلى أن الاكتئاب يتباين بتباين نوع وحجم الإعاقة الحركية، فأصحاب الإعاقات النخجة عن شلل في الحبل الشوكي أكثر اكتئاباً من عينة الشلل التي تملأ من آثار ما بعد الشلل وهكذا. وأخيراً دراسة هازيندونه وكروى (٢٠٠٠) التي أكدت هي الأخرى في نتائجها على أن المعيقين المعاقين أكثر اكتئاباً من الأسوياء.

وإذا كان ما سبق فيه ما يؤكد تصالف المعاقين حركياً بالاكتئاب، إلا أن الباحث يود الإشارة إلى دراسة برونو (١٩٩٥) التي تشير إلى أن مجموعتي الإعاقات موضوع دراسة تعلقيان الاكتئاب لكنه لم يصل إلى الحد الإكلينيكي المرضي، وبمعنى عدم دلالة الفروق من الناحية الإحصائية، ودراسة كمب ولنمز وكامبيل (١٩٩٧) التي أشارت إلى أنه لا توجد فروق بين الأسوياء والمعاقين حركياً في انتشار الاضطرابات الاكتئابية لدى المعيقين وكذلك دراسة سورن وبرونو (١٩٩٧) التي أكدت هذا بل أضافت أن الأسوياء أقل اكتئاباً من مجموعتي الإعاقات أيضاً، ودراسة ألهستروم وكارلسون (٢٠٠٠) التي تؤكد عكس ما تراه معظم الدراسات من أن المعاقين يرون الحياة على أنها قاتمة، وأنهم مكتئبون.

ثالثاً. بالنسبة لتغير الهستيريا:

بالنظر في جدول (١) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العييتين في متغير الهستيريا لصالح الأسوياء وبالنظر في جدول تصدير للدرجات على هذا المعيار يتبين أن جميع أفراد العينة السوية لم تصل إلى الحد الإكلينيكي (٧٠ درجة تقيية وما فوق) وبالمثل لدى عينة المعاقين حركياً، بل إلى نسبة ٦٠% من عينة المعاقين حركياً لم يصل معدل درجاتهم إلى الحد الإكلينيكي الأدنى عند تصدير الدرجة وهو (٤٤ درجة تقيية فأقل).

والنتيجة بهذا الشكل لم تؤكد ما سوى دراستي دونالد وأخريش (١٩٨٩) وكلازك وأخريش (١٩٩٤)، حيث أشارتا إلى أن درجات المعاقين على مقياس الهستيريا تقع في المعدل الإكلينيكي. هذا على الرغم من أنه لم يرد بالدرستين أية إشارة إلى الحد الإكلينيكي الذي يجب أن يحدد في الاعتبار أن الدرجة قريبة من السواء الإكلينيكي. وكذلك لم تتناول الدرستين عيقات سوية كدراسة مقارنة، وهذا ما يامل معه الباحث أن تكون هذه النتيجة إضافة علمية جديدة في مجال علم النفس.

وبرغم أن الدرجة التي حصل عليها الأسوياء لم تتجاوز المعدل الإكلينيكي المرحلي، إلا أنها أيضاً لم تتجاوز المدى الذي يمكن أن يقال معه أنهم غير هستيريين، حيث تبين أن ٨٥,٧% منهم قد حصلوا على درجات منحصصة لتماثل الدرجة التقيية (٤٤ فأقل)، وهذا يعني أنهم معروفون اجتماعياً ومسايرون وتتقصصهم الرغبة في المعامرة، كما تتقصصهم الاهتمامات، ويشعرون بالحياة فلسفية، كما أنهم مسايرون ولديهم نقاعات قليلة لواقيتهم من البيئة الخارجية، ومن ثم فهم معروفون لوطأة البيئة القاسية. وهذه النتيجة ربما تكون إشارة إلى أن الأسوياء لديهم ما تحويه الصدور هم أيضاً، وما لم يكشفوا عنه من الناحية النفسية على الأقل فالدرجة تمثل درجة من درجات الاضطراب العصبي، وهي إشارة لا يمكن اغفالها، خصوصاً وأن درجاتهم على متغير

الاكتئاب تقع في حدود الاضطراب الإكلينيكي، وهي إشارة أيضاً إلى أنهم فقدوا الكثير من الاهتمامات، ويؤثرون العزلة والبعد عن المعامرة، فالحياة بالنسبة لهم لا تحتل أكثر من هذا. وإذا بذلوا الجهد فيكون قليلاً وذلك لحماية من البيئة الخارجية التي يعاقون وطأتها. والسؤال هل النتيجة بهذا الشكل تمثل أحد الآثار السلبية التي يسببها المجتمع الذي نعيش فيه؟ وهل تأثير هذه الآثار المجتمعية التي يحوشها الأسوياء يصل إلى حد أن تعطل صحتهم النفسية؟ أم أن العيب في الأسوياء أنفسهم الذين استسلموا للظروف والأحوال المحيطة بهم، وجعلوا الدنيا تطو بهم وتهيل وتقلبهم كرفما نشاء.

ونختتم تصوير نتيجة العرض بأن نلقت النظر إلى بعض ما يعانيه أصحاب الإعاقات الحركية على وجه الخصوص. وذلك من واقع نتائج الدراسات السابقة التي لم نشر إليها حتى الآن حيث أشارت بعض الدراسات إلى ما يدل على اضطرابهم عصائياً ووجدانياً، وأشار بعضها الآخر إلى أن لديهم سمات وخصائص إيجابية، والغرض من هذا أن نقف عند الحد الذي يمكننا من فهم شخصية تلك الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة، حتى نتمكن من دعم الجوانب الإيجابية في شخصياتهم، وتوفير وتعديل سلوك تلك الجوانب السلبية في حياتهم حتى نعدهم لمراداً أسوياء نفسياً يقبلون المجتمع، ويقومون بدورهم في الحياة وهم راغبون فيها.

ويمكن أن نجمل صور تلك الاضطرابات العصابية فيما يلي:
اضطراب مفهوم الذات، العداوة، التوتر، الرائد، النظرة التسايرية تجاه الحياة، عدم الرضا بالحياة ولا بالوضع الواقعي، صعاب من حيث القدرة على التغلب على المشكلات الناجمة عن الإعاقة، تنسم شخصياتهم بسلوك "نمط أ" حساسين للنقد والفضل، يعانون القلق في عدة صور منها: قلق البئر، قلق المرل أو الانفصال، قلق الانتشار أو القلق غير المحدود، قلق الارتياح، قلق الحجل والاسنياء، قلق الموت، قلق مشاعر التنب، تفاعلات اجتماعية سلبية، اضطراب

الزوم، الاتعصاب، الوحدة النفسية، نقد الذات واضطراب صورة للجسم، وأخيراً نقصان مستوى التوكيدية.

إن ملخص هذه النتائج ما هو إلا قطرة في محيط، والأمر يحتاج إلى العديد من الدراسات، وإلى شغل الهمة حتى نقدم لهم الخدمات والرعاية التي تبذل نفوسهم من الاضطراب النفسي إلى الصحة النفسية

مناقشة نتائج الفرض الثاني

أولاً. بالنسبة لتغير البيرانيويا

بالنظر في جدول (٢) يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالين حركياً والأسوياء في متغير البيرانيويا وذلك عند مستوى (٠,٠١) لصالح المعالين حركياً. وهذه الدلالة تعني أن المعالين حركياً مقارنة بالأسوياء متشككون، عدائيون، حذرون، مغرطو الحساسية، مجالون، ينزعون إلى لوم الآخرين، ويمهرون عن عدائيتهم غالباً بصورة ظاهرة، ويهزرون ذلك بأنه نتيجة لما فعله الآخرون بهم. ويطمى على سلوكهم المتمركز - حول - الذات والتسكك الشديد بالأخلاقيات.

وهذه النتيجة تعني أن استجاباتهم تقع بعيدة عن السواء الإكليبسي، وبمعنى آخر فهي قد تعد إشارة مرصية لخلق بارويدي واضح. ذلك أن نسبة ٩٤,٣% من الدرجات قد وقعت في حدود السواء (ثانية ٧٠ وما فوق) والنتيجة في حد ذاتها لا ينبغي أن نمر هكذا، أو لمجرد التعرف إلى الفروق بين مجموع غير ما، بل يجب أن نتوقف عندها لأنها ذات دلالة مرصية، وإذا كان العر - (المعاق حركياً) قد لا يظهر فعلاً دليلاً على اضطراب فكر ذاتي، إلا أنه كما سبق أن ذكرنا عادة ما يظهر خلقاً بارويدياً واضحاً.

وهذه إشارة للفكر الذي لا يمكن أن يطلع عليه أحد لدى المعاق حركياً إلا هو، ولا يمكن الكشف عن هذا إلا ببعض الوسائل منها البحث الطمي أو أن يكون الفرد على تربية كاملة يتملق وما يعتدل داخل نفسه، أو المعاق نفسه

عندما يجيب صراحة على يعود مقاييس كهذا. والباحث لا يرى غرابة في هذه النتيجة، بل كقوا كما أشارت النتائج السابقة - متناقضين ويشعرون بالمرارة، وينقص الكفاءة الشخصية والفعالية ويعبرون عن مرارتهم بصورة مقبحة باستخدام التشكوى البدنية للتحكم في الآخرين، ومراجهم مضطرب، ومنطوون عادة، ومعزولون، وكل هذا يمثل حصص سلبية تجعلهم يشعرون بعدم الرضا عن الذات، فكيف لا يجدهم متروطين الصلابة. إن أي إنسان آخر سوى لا علاقة به، لو اعتلت صحته لأي سبب من الأسباب سيتحول وستتغير أشياء كثيرة في شخصيته. وإذا طالبت مدة العلة فليس هناك ما يمنع من أن يضطرب نفسياً بأي صورة من الصور.

إن نزوعهم نحو لوم الآخرين، والتعبير عن عداوتهم تجاههم. لا يكون بصورة ظاهرة على طول الحط كما تشير النتائج، لكنه من - وجهة نظر الباحث - تعبير عن النقص والفجوة الرهيبة بين المعلق حركياً وبين السوي، فالمعلق حركياً بمثابة مجنون لو أسير، سلبت حريته وتناقصت له قيمته بغيرته، وصار محصوراً في دائرة روتينية، والفعال لا يخرج عن نمطها كل يوم، وإذا استطاع لا يمكنه أن يتجاوز حداً معيناً، وهو وفقاً ما يحاول، نشط، يفعل الكثير، لكنها برغم هذا الفشل وسلوكيات مسطروطة بحسب معينة ومصبوغة بلون محزن، وعليه أن يقبل وإلا كمال المصير اعتلال الصحة النفسية وهو أسوأ عقاب يمكن أن يذله المعلق، بل هو أول درجات الاضطراب النفسي في مجال الصحة النفسية بالنسبة لهم.

والتركز حول الذات إن لم يكن من خصائص المعلق حركياً على وجه الخصوص، فمن يكون إن؟ إلى كل الشواهد التي يمر بها المعلق حركياً وكل الظروف الاجتماعية والبيئية والأسرية منذ اللحظة التي يصبغ فيها المعلق إلى اللحظة التي هو عليها تلك الجبال، فكيف بها ومن في طريقها إتقان؟!

إن كل أفراد عينة البحث كانوا أسوياء قبل الإعاقة، مثلهم مثل غيرهم، لكنها الإرادة الإلهية، كتبت للناس ما لم يكن لهم، وأقول هذا لأنني سمعت هذا من أحدهم، لكنها تبخرت كالبحور الذي ما يلبث أن يلاشي ولم يعد له وجود، لقد تبدل الحال، وصاروا لا يملكون إلا الفكر والفكر والفكر، ربما يضح بهم هنا لو هناك، لكنهم حتماً عاقبون أو ميعودون، لكن بماذا؟ هذا سؤال يجيب عنه المعاق حركياً عند سؤاله. ونأتي لنقطتين أخريين وهما التمسك الشديد بالأخلاق، والعدنية. فالأولى فرضتها الإعاقة وهي أن نسمى ما يمكن أن يفعله المعاق حركياً ويشمل بها وهي التي ربما ننفعه دعماً إلى الأمام وإلى الانجاء والاحتماء بالله، فنجذب المرء للنصي ويسلم من شرور كثيرة، ربما كان سيفطها لو كان سوياً. أما الثانية وهي العدنية فلا نأمن أنها سمة رئيسية لديهم أو أنها تحكم سلوكهم، لأنهم لا يملكون هذا لأسباب كثيرة، صحيح أن لكل قاعدة شواذ، والتي ربما يقال معها أن كل ذي عاهة جبر، لكن العدنية تحول ظروفهم دون هذا السلوك، إن الذي يملكوه هو التعبير بالغمض، بالانفعال، بالثورة، وغير ذلك هم لا يفعلون، قد يلوحدون، يجادلون، يحاورون، لكنهم ليسوا عوانيين. وباستطلاع التراث السيكولوجي للمعدل في الدراسات السابقة، نجد أنه لا توجد دراسة واحدة - حسب حدود علم الباحث - قد اتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية، حتى دراسة (توبلاند ولجرين، ١٩٨٩)، ودراسة (كلارك) وآخرين، (١٩٩٤). كل منهما أكدت على أن درجات المعاقين حركياً تقع في حدود السواء المرصى من حيث مقياس الارقويا

ثانياً بالنسبة لمقياس السيكاثينيا:

بالنظر في جدول (٢) يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين المعاقين حركياً والأسوياء في مقياس السيكاثينيا وذلك لصالح عينة المعاقين حركياً والنتيجة على الرغم من كونها في صالح المعاقين حركياً إلا أنها في حدود السواء الإكسيمي سواء بالنسبة للأسوياء أم بالنسبة للمعاقين حركياً، والمزق فقط يكمن في أن الأسوياء أكثر شعوراً بالألم

والإرتياح مع ذواتهم مقارنة بالمعاقين حركياً، وهذا شئ طبيعي أو المعروف إن يكون كذلك، وفي مجال المقارنة بين العينيين نتيبن أن الأسوياء أكثر استقراراً افعالياً، ومعدل التلق أقل لديهم. كما أن كليهما إذا أوكل إليه العمل فإنه يقوم به، حيث الإثنى كلاهما يتسم باتجاه الإحساس بالمسئولية وتحملها. والسواء يعنى أيضاً أن كليهما بعيد عن الإرهق النفسى وصعب الوعى الشعورى. والأفكار الوسواسية والعجز عن مواصلة العمل العادى، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (دونالد وآخرين، ١٩٨٩) ودراسة (كلارك وآخرين، ١٩٩٤)، التى جاء فيها أن درجات المعوقين حركياً تقع فى حدود السواء المرصى، أما بالنسبة للأسوياء فلم يجد الباحث - حسب حدود علمه - دراسة بحثت هذا المتغير النفسى وهو السيكتانيا بالدراسة على عينة سوية مقارنة بعينة معاقة حركياً.

ثالثاً: بالنسبة لتغير القسام:

بالنظر فى جدول (٢) نلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأسوياء والمعاقين حركياً فى متغير القسام، وإن كان المتوسط الحسابى أعلى قليلاً لدى عينة المعاقين حركياً، وينظر فى جدول تفسير الدرجات التى حصل عليها كل من أفراد العينتين نجد أنها غير مرضية وفى اتجاه السواء تماماً. مما يحى أنهما لا يعاين من اضطرابات التفكير والإدراك.

وإذا كانت عينة المعاقين حركياً تعاني من اضطرابات عصابية ووجدانية وسلوكية ومزاجية مقارنة بالأسوياء، مع كونها لا تعانى اضطرابات فى التفكير والإدراك، فهذا يعنى أنهم لم يصلوا إلى درجة الذهان. وقد لمس الباحث هذا بدوره أثناء التطبيق، خصوصاً على عينة المعاقين حركياً، نسبة كبيرة منهم تعرف ماذا تريد، وتفكر بجدية فى المصنقى وترفض الاستسلام للواقع الذى فرض عليهم، ويحاولون أن يعبروا ويقدمهم إلى الأحسن، إنه أعمال تفكر، ومحاولة للتطبع على اعتلال الصحة نفسياً أكثر من كونها معتلة عصبياً

ومن واقع الدراسة السابقة نجد أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (دوبلاند وأخريين، ١٩٨٩) ودراسة (كلارك وأخريين، ١٩٩٤) فالمعاقون حركياً ليست لديهم دلائل تدل على أنهم فصليون. كما أكدت ذات الدراسة أيضاً أن المعاقين حركياً أسوياء من حيث القدرة على الانتباه، ولو لديهم القدرة على توليد الأفكار، ويتميزون بالقدرة على التصور البصري المكاني. وهذه إشارة إلى أنهم لا يعانون من اضطرابات عقلية أو فكرية أو إدراكية. غير أنه في بعض الدراسات السابقة ما يختلف مع النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة الحالية.

فقد أشارت دراسة (كونرادى، ١٩٨٩) إلى أن المعاقين حركياً (ذكوراً وإناثاً) قد حصلوا على درجة عالية على مقياس الذكاءية، وأن الدرجة دالة إكلينيكيًا، ودراسة (هزرى هولاند، ١٩٩٧) أشارت إلى أنهم يعانون من مشاكل معرفية مثل القدرة على التركيز أو التفكير أو الاثنين معاً، ودراسة (هازيدوبلاند وكروى ٢٠٠٠) أشارت إلى أنهم يعانون من صغر في الأداء المعرفي الجيد. وهذه النتائج إشارة واضحة إلى ضعف ما في القدرة العقلية، لدى المعاقين حركياً، وهو ما يامل معه الباحث أن يتولونه الباحثون بالدراسة والبحث في دراسات تالية خصوصاً مع ارتفاع درجاتهم على مقياس البارنويما

وقبل أن تنتقل إلى حزمة البحث نود الإشارة إلى أن جملة النتائج قد أكدت على أن المعاقين حركياً عصفيين أكثر من كونهم ذهنيين، وهذا قد يعد دليلاً على ارتباط الإعاقة الحركية بالعصب. وأخيراً بالنسبة للأسوياء، يكرر الباحث القول، بأنه لم يجد دراسة سابقة - حسب حدود علمه - تتناول دراسة هذا المتغير لديهم مقارنة بمجموعة من المعاقين حركياً.

وفي النهاية نود الباحث أن يشير إلى أن من أهم تطبيقات المستقبلية للبحث التعرف إلى بعض ما يعاني منه المعاقون حركياً بغرض تكوين صورة صادقة وكاملة قدر المستطاع عنهم تمتد إلى التعرف إلى الخصائص السلوكية

لهم والاستعدادات النفسية والحركية وإمكانيات التفاعل مع الآخرين، مع زيادة الوعي بالاستجابات الاتصالية الصادرة عنهم والهدف التي تساعدنا على أن نمنح لديهم الثقة بالذات، ونبد الإعاقة، مع رسم خريطة لتتبع استعداداتهم اعتماداً على مستوى تكاليفهم ودوافعهم وحاجاتهم ودرجة استجاباتهم للآخرين وقدراتهم على التجاوب منهم.

التوصيات:

يوصى الباحث بأن تزداد العناية بتلك الفئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، إتهم في حلجة إلى من يحبهم ويفهم دوافعهم، ولا يشعرهم بنقصهم، وأن تزداد لهم فرص العمل بكرامة حيث إن الكثير منهم يفقد عمله ومصدر رزقه بعد الإصابة ويظل يتجول على الأبواب. كما يوصى الباحث للقيامين على أسر تلك الفئة سواء بجمعيات قناهيل المهدي أو غيرها في معاملهم المعاملة الحسنة، فهم لا يكون عنهم في أي شيء، ويوصى أن يكون من بين هؤلاء مسئول معاق لأنه موثوق بهم وبحاجاتهم ورغبتهم المكونة لأنه منهم. ويوصى الباحث الأسرة قبل أي فرد في المجتمع الانتكاس عن أداء دورها نحو المعاق حركياً من ذويهم، لأنهم على وجه الخصوص المصدر الأول والأساسي لنمو الذات لديهم نمواً صحيحاً وتقبلهم للحياة ومساهماتها، لأنهم في شعروا أن أهلهم تفهم كيف الحال بالخبراء!!

أبحاث مقترحة:

- ١- دراسة هي الدراسات التي تناولت المعاقين حركياً، لذا يقترح الباحث إجراء دراسة مقارنة بين المعاقات حركياً والمعاقين حركياً في بعض الأبعاد الأساسية للشخصية.
- ٢- إجراء دراسة مقارنة بين الإثبات المبتور عضو من أعضائهم والذكور المبتور عضو من أعضائهم في بعض المتغيرات النفسية

- ٣- دراسة مستوى الطموح والدافعية للإنجاز لدى عينتين الأولى تكور معاقين حركياً والثانية إناث معاقات حركياً.
- ٤- إجراء دراسة علمية يكون غرضها التعرف إلى العوامل النفسية الكامنة وراء الاضطراب النفسي لدى عينة من المعاقين والمعاقات.
- ٥- دراسة "معداً" لدى عيقت متباينة من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٦- دراسة للتقاول والتساوم لدى عيقت متباينة من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٧- دراسة الفروق في قلق مثل قلق الموت، قلق البتر، قلق الحادة، قلق السمة، قلق الاتصال، وغير ذلك لدى عيقت متباينة من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٨- التعرف إلى أنواع القدرات العقلية من خلال دراسة مقارنة بين عينة من المعاقين والمعاقات وعينة من الأسوياء والسويكات

المراجع

أولاً المراجع العربية.

- ١- إبراهيم عبد (١٩٩٠) الاعتراف بالنفس، القاهرة: الرسالة الدولية للإعلان.
- ٢- إبراهيم قشوش (١٩٨٨) كراسة تطبيقات مفاهيم الوحدة النفسية، القاهرة: مكتبة الأجلو المصرية.
- ٣- إبراهيم محمد عياش (٢٠٠٨). النظرية الإنشائية في العلاج النفسي. www.Pdffactory.com
- ٤- إلهام عوفي (١٩٩٣). أثر البيئة الاجتماعية علي الطفل، مؤتمر الطفل وأقلق للقرن الحادي والعشرون، القاهرة: لمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ٢٩ - ٥٦.
- ٥- إنشراح محمد المنوفي (١٩٩١). التحصيل الدراسي وعلاقته بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي (دراسة مقارنة) مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٠)، ص ٦٢ - ٧٧.
- ٦- إيمان محمد صبري إسماعيل (٢٠٠٠). إساءة معاملة الأطفال: دراسة استطلاعية عن الأطفال المتسولين، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٥٣)، ص ٢٤ - ٥٢.
- ٧- أبو جواد حسين آل دريش (ب.ت). إبراهيم ماسلو <http://happytoyoun.maktoobblog.com>.
- ٨- أنطوني ستور (١٩٩١) فن العلاج النفسي، ترجمة لطفي مهيم، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ٩- أحمد ركي صالح (١٩٧٨) اختبار الذكاء المصور، القاهرة دار النهضة العربية.

- ١٠- أحمد عورت راجع (١٩٧٣) أصول علم النفس، ط (٩)، الإسكندرية: المكتب المصري الحديث.
- ١١- أحمد عكاشة (١٩٩٣). علم النفس المصنولوجي (ط ٨)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٢- أحمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٣- أحمد عكاشة (١٩٨٠). الطب النفسي المعاصر، ط (٤)، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ١٤- أحمد عكاشة (٢٠٠٨). أثر الأمراض النفسية على الإنسان العربي [www. Aljazeera. Net](http://www.Aljazeera.Net)
- ١٥- انت م ستيرن وإيزاكستنديك (١٩٩٧). طفل العاجز، ترجمة: فوزية محمد بدوين، القاهرة: دار الفكر العربي.
- ١٦- آيات عبد المجيد مصطفى علي (٢٠٠٢). أثر برنامج إرشادي على تنمية المهارات الاجتماعية للطفل المكفوف، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (١٢)، العدد (٣٥)، ٦٧ - ١٠٢.
- ١٧- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٧) قلق الموت، الكويت: عالم المعرفة، العدد (١١١).
- ١٨- أحمد محمد عبد الحالق (١٩٩١). مقنمة كتاب: المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ١٩- أصل عبد المصيع طه (١٩٩٥). دراسة إكلينيكية للتمييز بين حالات القلق والاكتئاب لدى الأطفال، المجلة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، العدد (١١)، ص ١٣٥ : ١٥٥.
- ٢٠- السيد حنفي عوص (١٩٨٧). العمالة الجائلة: بحث في ضوء علم الاجتماع الحضري، القاهرة: مكتبة وهبه.
- ٢١- السيد فهمي علي (١٩٩٤). العلاقة بين الزحام وبعض متغيرات الشخصية والتوافق النفسي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية

الآداب: جامعة المنوفية.

- ٢٢- السيد فهمى على (٢٠٠٠). الأمراض العقلية، المنصورة: دار الأصدقاء.
- ٢٣- السيد فهمى على (٢٠٠١). الإرشاد النفسي، المنصورة: دار الأصدقاء.
- ٢٤- السيد فهمى على (تحت النشر). ميكانيزمات الدفاع، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- ٢٥- السيد فهمى على (تحت النشر). علم النفس الإكلينيكي، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- ٢٦- السيد محمد خيرى (د.ت) كراسة تعليمات اختبار الذكاء العالي، القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٢٧- السيد محمد فرحات (١٩٩٧) غيب الأب وأثره على الدور الجسدي لذي الأبناء، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، المجلد الثاني، ص: ٨٦٥ - ٩٠٨.
- ٢٨- المتولي إبراهيم المتولي (١٩٩٣). دراسة لأساليب الرعاية المقدمة لأطفال المؤسسات الإيوائية وقرى الأطلال وعلاقتها بمستوى القلق لديهم، رسالة ماجستير مودعة بمعهد الدراسات العالي للطفولة - جامعة عين شمس.
- ٢٩- جابر عبد الحميد جابر (١٩٧٧)، كراسة تعليمات مقياس القيم العارق. القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٣٠- جابر عبد الحميد جابر وهزاد أبو حطب (د.ت)، كراسة التعليمات مقياس اليروفيل الضعصي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣١- جان سكوت وملوك وليامز وأرور بيك (٢٠٠٢). العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، ترجمة حصر مصطفى عبد المعطي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

- ٣٢- جليل وديع شكور (١٩٩٨). *المنقولة المنحرفة*، بيروت: الدار العربية للعلوم.
- ٣٣- جمال مختار حمزة (١٩٩٧). *عملية الأبطال "رواية نصية"*، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢) من ١٤٨ - ١٦٦.
- ٣٤- جمال مختار حمزة (٢٠٠٠). *أبطال مصر منون للتشرد "رواية نصية"*، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد (٥٣) من ١٤٨ - ١٦٠.
- ٣٥- جوليان روتر (١٩٨٤). *علم النفس الإنكليزي*، ترجمة: عطية م. ميمونا، ط (٢)، بيروت: دار الفنون.
- ٣٦- رجوى بولسي (١٩٨٥). *رعاية الطفل ونموه*، ترجمة: عبد البر العارل، أبو النور: القاهرة: مؤسسة أساطير العرب.
- ٣٧- محمد عبد الصالح مرزوق (١٩٧٧). *علم النفس الاجتماعي*، ط (٤)، القاهرة: عالم الكتب.
- ٣٨- محمد هانيه زهير (١٩٧٨). *المنفعة النفسية والعلاج النفسي* (ط ٢)، القاهرة: عالم الكتب.
- ٣٩- محمد عبد العزيز (١٩٧٥). *النفسي* (١٩٧٥). *أبحاثه في سيكولوجية النمو*، القاهرة: عالم الكتب.
- ٤٠- حسين مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨). *علم النفس الإنكليزي*، القاهرة: دار نهضة للطباعة والنشر.
- ٤١- حسين عبد المناح العلامدي (ب. ت). *نظريات التحليل النفسي الاجتماعي*، إريك فروم. www.Pdffactory.com
- ٤٢- حسين عبد المناح العلامدي (ب. ت). *نظريات التحليل النفسي الاجتماعي*: كارين هورني، العلاقات الأسرية والحب الولدي. www.Pdffactory.com

- ٤٣- حسين عبد الفتاح العلمدي (ب.ت) نظرية إيلر في علم النفس الفردي النفسي. www.Pdffactory.com
- ٤٤- حسين عبد الفتاح العلمدي (٢٠٠٧). مدرسة التطويل النفسي. [www. Pdffactory-com](http://www.Pdffactory-com).
- ٤٥- حسين علي فايد (ب.د). المشكلات النفسية الاجتماعية تشخيصها - أسبابها - علاجها، القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- ٤٦- حسين علي فايد (١٩٩٧). وجهة المصيط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة الأسا لذي متعاطي المواد المتحددة، مجلة علم النفس، القاهرة البيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤٢)، ص ١٤٢ - ١٥٥.
- ٤٧- حسين علي فايد (٢٠٠١). الاضطرابات السلوكية، القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- ٤٨- حسين علي فايد (٢٠٠١). دراسات في الصحة النفسية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- ٤٩- حسين علي فايد (٢٠٠٣). الاضطرابات السلوكية: تشخيصها - أسبابها - علاجها، القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- ٥٠- حسين علي فايد (٢٠٠٤). علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)، القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- ٥١- حسين علي فايد (٢٠٠٤)، علم النفس المرضي (الميكوباتولوجي)، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- ٥٢- حسين علي فايد (٢٠٠٥) المشكلات النفسية الاجتماعية. رؤية تفسيرية: القاهرة. مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- ٥٣- حيري خليل الجميلي وبدر الدين كمال (١٩٩٥) المنخل في الممارسة المهنية في مجال الأسرة والطولة، الإسكندرية

المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

- ٥٤- دافيد الكيند (١٩٩٣) مستقبل الطويلة: المفاهيم الجديدة للأبوة والطفولة والمراهقة، ترجمة: عطف أحمد، مجلة الثقافة العلمية، الكويت، العدد (٥٦)، ص ٨١ - ٩٢.
- ٥٥- رانثيل كلام وكريستينا فرائسي (١٩٩١): الإساءة للأطفال وعواقبها، عرض: معدوحة ميلامة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية للعلمة للكتاب، العدد (٢٠)، ص ٦ - ١٥.
- ٥٦- راوية محمود حسين نسوقي (١٩٩٧) الحرمان الأبوي وعلاقته بكل من التوافق النفسي ومفهوم الذات والاكتمال لدى طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية للعلمة للكتاب، العدد (٤٠، ٤١)، ص ١٨ - ٣٢.
- ٥٧- رزق إبراهيم ليله (٢٠٠٥). العلاج النفسي وصوره المختلفة، القاهرة: دار الهادي للطباعة والنشر.
- ٥٨- رشاد عبد العزيز موسى وليلي مصطفى وصلاح الدين أبو ناهية (١٩٨٨). البنية الصلابة لتفسير قوة الأنا (دراسة حصارية مقارنة)، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية للعلمة للكتاب، العدد (٧) ص ٤٦ - ٥٨.
- ٥٩- رشاد علي عبد العزيز موسى (١٩٨٨) كراسة تعليمات مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب، القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٦٠- رشاد علي عبد العزيز موسى (١٩٩٣). أثر موت الوالدين على الاكتئاب النفسي للأبناء، في: رشاد علي عبد العزيز موسى: علم النفس المرضي: دراسات في علم النفس، القاهرة: دار عالم المعرفة، ص ٢٤٧ - ٢٦٩.
- ٦١- رشاد علي عبد العزيز موسى (١٩٩٣). علم النفس المرضي: دراسات في علم النفس، القاهرة: دار عالم المعرفة للنشر وتوزيع المكتب

- ٦٢- رشاد على عبد العزيز موسى (٢٠٠١). *أساليب الصحة النفسية والعلاج النفسي*، القاهرة: مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.
- ٦٣- رشدي عبده حنين (١٩٨٧). *الينم وأثره على الحالة الوجدانية الولدية لذي المراهق*، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العلمية للكتاب، العدد الثاني، ص ٣٨ - ٤٧.
- ٦٤- رمضان محمد القدافى (١٩٩٦). *التوجيه والإرشاد النفسي، الإسكندرية- المكتب الجامعى الحديث*.
- ٦٥- رومن د. برك (١٩٨٧). *الأبوة، عرض: ممنوحة سلامة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العلمية للكتاب، العدد (٤)، ص ١٢٩ - ١٣٣*.
- ٦٦- رولاند ب. رولر (١٩٨٩). *استبيان تقدير الشخصية للأطفال، إعداد: ممنوحة سلامة، القاهرة: الأنجلو المصرية*.
- ٦٧- ريتشارد سوين (١٩٧٩). *علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة، أحمد عبد العزيز سلامة، القاهرة: دار النهضة العربية*.
- ٦٨- ركية حجازي (١٩٩٩). *محوقات النمو المستكمل للطفل في المرحلة الابتدائية، ط (٣)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب*.
- ٦٩- سامية القطان (١٩٨٠). *كيف تقوم بالدراسة الكليبيكية، ج (١)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية*.
- ٧٠- سامية القطان (١٩٨٣). *كيف تقوم بالدراسة الكليبيكية، ج (٢)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية*.
- ٧١- سعد المعري (١٩٨٨). *الانتمية والقيم: مسلمات وملاى، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العلمية للكتاب، ص ٦ - ١٥*.
- ٧٢- سعد جلال (١٩٦٢). *المرجع فى علم النفس، ط (٢)، القاهرة: دار المعارف بمصر*.

- ٧٣- سعد جلال (١٩٨٤). علم النفس الاجتماعي: الاتجاهات التطبيقية
المعاصرة، الإسكندرية: منشأة المعارف.
- ٧٤- سعد رياض (٢٠٠٣). مدخل في الاضطرابات النفسية وممن
الجس والمسر، المنصورة: دار الكلمة للنشر والتوزيع.
- ٧٥- سعد رياض (٢٠٠٣). الاكتئاب: تشخيص وعلاج، المنصورة.
دار الكلمة للنشر والتوزيع.
- ٧٦- سعيدة محمد محمد أبو سومو (١٩٨٦). القيم الدينية والخلقية
وأثرها على التوافق النفسي والاجتماعي لدى طالبات الجامعة،
الكتاب المسوي في علم النفس، المجلد الخامس، ص ٧٩٤: ٨١٨.
- ٧٧- سعيد عبد الله إبراهيم ديبس (١٩٩٣). دراسة لبعض العوامل
المرتبطة بمفهوم الذات لدى المشلولين، مجلة دراسات نفسية،
المجلد الثالث، العدد الثاني، ٢٠٩ - ٢٣٥
- ٧٨- سيجموند فرويد (١٩٨٠). ثلاث مقالات في نظرية الجنسية،
ترجمة: سامي محمود علي، القاهرة: دار المعارف.
- ٧٩- سيجموند فرويد (٢٠٠٠). الموجز في التحليل النفسي، ترجمة:
سامي محمود علي، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ٨٠- سعيد حسن عبد الفتاح الغامدي (ب.ت). علم الشخصية: هنري.
أ. موزاي. www.Pdffactory.com
- ٨١- سمية طه جميل (٢٠٠٥). الإرشاد النفسي، القاهرة: علم الكتب.
- ٨٢- سهير كامل أحمد (٢٠٠٠). لتوجيه والإرشاد النفسي،
الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- ٨٣- سيجموند فرويد (٢٠٠٠). الموجز في التحليل النفسي، ترجمة:
سامي محمود علي، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ٨٤- سمحة كرم توفيق وعبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٧). توجه
المراقبين نحو والديهم أو أقرانهم وعلاقته ببعض سمات
الشخصية، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة.

- للكتاب، الحداد (٤٠، ٤١)، ص ٨٠ - ٩٦.
- ٨٥- سميرة إبراهيم (١٩٨٣). مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى الأطفال القضاة، رسالة ماجستير مودعة بمكتبة كلية التربية - جامعة عين شمس.
- ٨٦- سهام أحمد الخطاب (١٩٨١). اتجاهات وقيم عينة من مدينة بورسعيد، رسالة دكتوراه مودعة بمكتبة كلية الدراسات الإنسانية - جامعة الأزهر.
- ٨٧- سهير كامل أحمد (١٩٨٧) الحرمان من الوالدين في الطفولة المبكرة وعلاقته بالدمو الجسمي والعقلي والاعمالى والمعرفى، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٦٨ - ٩٠.
- ٨٨- سهير كامل أحمد (١٩٩٢). الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته بمسندر الصبغ والاكثاف، القاهرة مجلة دراسات نفسية، المجلد الثقي، للكتاب الأول، ص ١ - ٢٤
- ٨٩- سيد صبحي (٢٠٠٣). الإنسان وصحته النفسية، القاهرة الدار المصرية للبياتية.
- ٩٠- سيد محمد غنيم (١٩٨٦)، سيكولوجية الشخصية: محدداتها - قياسها - نظرياتها، القاهرة: دار النهضة العربية
- ٩١- سوران مبارك (١٩٩٧). اتفاقية حقوق الطفل. ضرورة إنسانية، مجلة علم النفس، القاهرة- الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٧ - ١٤.
- ٩٢- شاكر عطية تسنيل وآخرون (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتطيل النفسي، القاهرة دار سعد الصباح.
- ٩٣- شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠) الإعاقة كظاهرة اجتماعية، المؤتمر السنوى لكلية التربية، جامعة المنصورة، بحور عاية نفسية وتربوية لفصل لدوى الاحتيالجات للخاصة، ٤ - ٥ أبريل، ٢٤٨

- ٩٤- شبكة ألبا المعلوماتية (ب.د)، مصطلحات نفسية: الشخصية
<http://www.annaba.org/nbanews/63/87.htm>
- ٩٥- صالح حرين الدين (١٩٩٣). إساعة معاملة الأطفال، القاهرة.
 مجلة دراسات نفسية، المجلد الثالث، الكتاب الرابع، ص ٤٩٩،
 ٥٢٤.
- ٩٦- طلعت الحامولي (١٩٩٧). الاستقلال الإدراكي وعلاقته بالتفكير
 الناقد والقيم، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية للعلم
 للكتاب، العدد (٤٢)، ص ٤٦ - ٦٧.
- ٩٧- عادل صادق (١٩٨٨). الطب النفسي، القاهرة: مؤسسة هورس
 الدولية.
- ٩٨- عادل عزيز وأخرون (١٩٩١). نحو سياسة متكاملة لعلاج
 ظاهرة عمالة الأطفال، في ظاهرة عمالة الأطفال، القاهرة:
 المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ٢٣٣ - ٢٥٣.
- ٩٩- عادل عزيز (١٩٩٨). توظيف البحث العلمي: تجربة في مجال
 معالجة ظاهرة عمالة الأطفال، القاهرة: دار عطا الله.
- ١٠٠- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي: أسس
 وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد.
- ١٠١- عبد الحميد محمد شاذلي (٢٠٠١). الصحة النفسية وميكولوجية
 الشخصية، ط (٢)، الإسكندرية، المكتبة الجامعية.
- ١٠٢- عبد الرحمن العيسوي (١٩٨٠). أمراض العصر : الأمراض
 النفسية والعقلية والميكومفكية، القاهرة: دار الأتوار.
- ١٠٣- عبد الرحمن العيسوي (١٩٨٠). العلاج النفسي، الإسكندرية،
 دار الفكر الجامعي.
- ١٠٤- عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٧). العلاج السلوكي في حالات
 خاصة، لبنان: دار الرقيب الجامعية

- ١٠٥- عبد الرحمن العسوى (١٩٩٩). فن الإرشاد والعلاج النفسي، لبنان: دار الراتب الجامعية.
- ١٠٦- عبد الرحمن العسوى (٢٠٠١). الجديد في الصحة النفسية، الإسكندرية: منشأة المعارف.
- ١٠٧- عبد الرحمن العسوى (٢٠٠١). مجالات الإرشاد والعلاج النفسي، لبنان: دار الراتب الجامعي.
- ١٠٨- عبد الرحمن محمد العسوى (٢٠٠٢). نظريات الشخصية الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ١٠٩- عبد الرحمن العسوى (٢٠٠٤). الاختصاصي النفسي، لبنان: دار الراتب الجامعية.
- ١١٠- عبد الرحمن العسوى (٢٠٠٦). الإرشاد والعلاج النفسي، بيروت: الدار الجامعية.
- ١١١- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٠). العلاج النفسي الحديث، الكويت: عالم المعرفة.
- ١١٢- عبد السلام زهران (٢٠٠٥) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط (٤)، القاهرة: عالم الكتب.
- ١١٣- عبد الرقيب أحمد البحري (١٩٨٤) كراسة تعليمات اختبار حالة وسمه للقلق، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١١٤- عبد الرقيب أحمد البحري (١٩٨٥) كراسة تعليمات مقاييس الشعور بالوحدة، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية
- ١١٥- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٣). العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، القاهرة: مكتبة مديولى.
- ١١٦- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٨). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٢٣٩).

- ١١٧- عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم (٢٠٠٣). علم النفس. اسمه ومعالم دراسته، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١١٨- عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم (٢٠٠٢)، علم النفس، اسمه ومعالم دراسته، ط (٣)، القاهرة: مطابع دار النهضة.
- ١١٩- عبد الستار إبراهيم وعبد الحريز النخيل ورضوى إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكي المتعدد المحاور ومشكلات الطفل، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية للعلماء للكتاب، العدد (٢٦)، ص ٦ - ١٤.
- ١٢٠- عبد الحريز القوصى (١٩٦٩). أسس الصحة النفسية، ط (٥) القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١٢١- عبد العزيز القوصى (١٩٨١). تيارات جديدة في العلاج النفسي، القاهرة: دار المعارف.
- ١٢٢- عبد الحلي الجسماني (١٩٩٨). الأمراض النفسية: تاريخها - أنواعها - أعراضها - علاجها، بيروت: دار العربية للعلوم.
- ١٢٣- عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٢). لارتفاع القيم: دراسة نفسية، الكويت: علم المعرفة، العدد ١٦٠.
- ١٢٤- عبد السلام الحفسي (١٩٩٤). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط (٤)، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- ١٢٥- عزة أحمد صيham (١٩٩٩). المخلط الاجتماعي المصاحبة للاتعلق المبكر بمسوق العمل: دراسة استطلاعية لعيبة من الأطفال العاملين بقطاع إنتاج سيجر في مدينة القاهرة"، الجزء الثاني، مجلة كلية الآداب - جامعة المنصورة، ص ٢٤٥ - ٤٥٢.
- ١٢٦- عزة صالح الأفقي (١٩٨٦). استخدام العلاج الجماعي لتعديل بعض الحاجات والمصعوبات لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، الكتاب السنوي في علم النفس، المجلد الخامس، ص

٤١٣ - ٤٢٩.

١٢٧- عزة كريم (١٩٩٣). سلوك والدين الإيثلي والحماية للتقوية للأبناء، مؤتمر الطفل وأفاق القرن الحادي والعشرون، المركز القومي للبحوث والجنتية، ص ١٠٥ - ١٢٩.

١٢٨- علا مصطفى (١٩٩٣). الأطفال العاملون: الحاصر والمستقبل، مؤتمر الطفل وأفاق القرن الحادي والعشرون، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنتية، ص ٢٧٥ - ٢٩٩.

١٢٩- علا مصطفى (١٩٩٤). استغلال الطفل من خلال العمل، المجلة الاجتماعية القومية، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنتية، المجلد (٣١) العدد (٣) ص ٢٠٩ - ٢٢٠.

١٣٠- علا مصطفى (١٩٩٤). تكريب ورعاية الأطفال العاملين بشبرا الخيمة، المجلة الاجتماعية القومية القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنتية، المجلد (٣١) العدد (٢) ص ٢٧ - ٥٢.

١٣١- علا مصطفى أنور (١٩٩٦). عمل الأطفال في الميناء العالمي، في عمل الأطفال في المنشآت الصناعية الصغيرة، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنتية، ص ١ - ٦١.

١٣٢- علاء الدين كلفني (١٩٩٩). الإرشاد والعلاج النفسي الأمري، القاهرة: دار الفكر العربي.

١٣٣- علاء الدين كلفني (١٩٩٩). الأسرة: علاج التفاعلات الأسرية. (٢، ١) مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٥٠)، ص ٢٠ - ٤٠.

١٣٤- علي محمد محمد الديب (١٩٩١). نمو مفهوم الذات لدى الأطفال المراهقين من الجسمين، وعلاقته بالتحصيل الدراسي، مجلة علم النفسي، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٠) ص ١٠٠ - ١١٧.

- ١٣٥- علي عبد السلام علي وأحمد محمد عبد الهادي (١٩٩٧). دراسة نفسية لتأهيل فقدي أعضاء الجسم عن طريق البتر، مجلة علم النفس، العدد (٤٢)، ١٢٦ - ١٤٠.
- ١٣٦- عماد الدين سامح (ب. د). الطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية
- ١٣٧- عمر شاهين (٢٠٠٧) الإسلام والصحة النفسية. [www. Islamset. Com/Arabic/ahip/Psycho/shahen.html](http://www.Islamset.Com/Arabic/ahip/Psycho/shahen.html).
- ١٣٨- غريب عبد الفتاح (ب. ت). علم الصحة النفسية، القاهرة.
- ١٣٩- فاتن أبو صباغ (١٩٩٢). دراسة مقارنة للمشكلات السلوكية التي يتعرض لها كل من أطفال المؤسسات وأطفال قري الأطفال (S.O S)، رسالة ماجستير مودعة بمكتبة معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
- ١٤٠- فؤاد البهي السيد (١٩٧٩). علم النفس الإحصائي وتنبؤ العقل البشري، ط (٣)، القاهرة: دراسة الفكر العربي.
- ١٤١- فؤاد البهي السيد (ب. ت). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة ط (٤)، القاهرة: دار الفكر العربي.
- ١٤٢- فرج عبد القادر طه (٢٠٠٠). أصول علم النفس الحديث، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٤٣- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة: دار معاد الصباح.
- ١٤٤- فوقية حسن رسول (٢٠٠٤). الاضطرابات المعرفية والمرلية: تشخيص وعلاج، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
- ١٤٥- فيلوشير (١٩٩٧). اضطرابات الشخصية، في. رولان دورون وهرمسول بارو (محرر): موسوعة علم النفس، المجلد الثاني، بيروت: منشورات عويدات.
- ١٤٦- هيليت فؤاد إبراهيم (١٩٨٦) الإعاقة البصرية والجسمية

وعلاقتها بمفهوم الذات والتوافق الشخصي والاجتماعي، الجمعية
المصرية للدراسات النفسية، للكتاب السلوي في علم النفس،
المجلد الخامس، ٣٦٣ - ٣٨٢.

١٤٧- كافيّة رمضاني (١٩٨٧). للتقشنة الأسرية وآثارها في تكوين
شخصية الطفل العربي، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة
المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٩١ - ١١٠.

١٤٨- كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٧). الطفل: المستقبل والأمل، مجلة علم
النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص
٢٩ - ٣١.

١٤٩- كمال إبراهيم مرسى (١٩٧٨). قلق وعلاقته بالشخصية في
مرحلة المراهقة: دراسة تجريبية، القاهرة: دار النهضة العربية.

١٥٠- كمال نسوتي (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول،
القاهرة: إدار الدولة للنشر والتوزيع.

١٥١- كمال نسوتي (١٩٨٨). ذخيرة علم النفس، المجلد الثاني،
القاهرة: الدراسات الدولية للنشر والتوزيع.

١٥٢- كولر. أ.م. (١٩٩١). التدخل إلى علم النفس المرضي
والإكلينيكي، ترجمة: عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، ومادة
حامد حماد وحسن علي حسن، الإسكندرية: دار المعرفة
الجامعية.

١٥٣- لطفي بهيم (١٩٩١). فن العلاج النفسي، القاهرة: مكتبة النهضة
المصرية.

١٥٤- لورانس شافر (١٩٧٧). علم النفس المرضي: دلالة السلوك
الشاذ وأسبابه، ط (٥)، في: جيلفورد ج. ب (محرر): ميلادين
علم النفس النظرية والتطبيقية، المجلد الأول، القاهرة: دار
المعارف.

١٥٥- لورانس شافر (١٩٧٧). خصائص الاضطرابات الكبرى ط (٥):

- في جيلفورد ج.ب (محرر): ميلين علم النفس السطرية والتطبيقية، المجلد الأول: القاهرة: دار المعارف.
- ١٥٦- لويس كامل مليكه (١٩٧٧). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية، ج (١)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ١٥٧- لويس كامل مليكه (١٩٩٠)، دليل لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١٥٨- لويس كامل مليكه (١٩٩٤). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط (٢)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٥٩- لويس كامل مليكه (١٩٩٧). علم النفس الإكلينيكي: تقييم الشخصية، ج (٢)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ١٦٠- ماهر محمود عمر (ب.د). العلاج الواعي: القاهرة.
- ١٦١- مايكل راثر (١٩٩١). الحرمان من الأم: إعادة تقييم، ترجمة: ممدوحة محمد سلامة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٦٢- محمد أحمد غالي ورجاء محمود أبو عنام (١٩٧٣). القلق وأمراض الجسم، القاهرة: مطبعة الطبوني.
- ١٦٣- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة: دار فباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٦٤- محمد سيد فهمي (٢٠٠٠) أطفال الشوارع: مسأله حضارية في الألفية الثالثة، الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- ١٦٥- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨١) تيارات جديدة في العلاج النفسي، القاهرة: دار المعارف.
- ١٦٦- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٦). الأطفال مرآة المجتمع: النمو النفسي الاجتماعي للطفل في سنواته التكوينية، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٩٩).

١٦٧- محمد مصروس الشبلوي ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨).

العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٦٨- محمد محمد سعيد أبو الخيزر (١٩٩٨). إريك سور الأب وتقدير

الدفء لدى الأبناء من الطلاب الجامعيين، مجلة دراسات نفسية، المجلد الثالث، الكتاب الثالث، ٤١٩ - ٤٥١.

١٦٩- محمود حموده (١٩٩٠). النفس: أسرارها وأمراسها، ط (٢)

القاهرة: مركز كميونتي انكوية القسيطة.

١٧٠- محمود حموده (١٩٩٠). النفس: أسرارها وأمراسها، القاهرة: كميونتي انكوية القسيطة.

١٧١- محمود فتحي حجازي (١٩٩٦). علم النفس الحديث، الإسكندرية: مكتبة جامعة الإسكندرية.

١٧٢- حامد مصطفى السيد التهامي السعيد (١٩٩٦). دراسة في علم النفس، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، المجلد الثالث، الكتاب الثالث، ٤١٩ - ٤٥١.

١٧٣- محمد مصطفى السيد التهامي السعيد (١٩٩٦). علم النفس الحديث، الإسكندرية: مكتبة جامعة الإسكندرية.

١٧٤- محمد مصطفى السيد التهامي السعيد (١٩٩٦). علم النفس الحديث، الإسكندرية: مكتبة جامعة الإسكندرية.

١٧٥- محمد مصطفى السيد التهامي السعيد (١٩٩٦). علم النفس الحديث، الإسكندرية: مكتبة جامعة الإسكندرية.

١٧٦- محمد مصطفى السيد التهامي السعيد (١٩٩٦). علم النفس الحديث، الإسكندرية: مكتبة جامعة الإسكندرية.

١٧٧- محمد مصطفى السيد التهامي السعيد (١٩٩٦). علم النفس الحديث، الإسكندرية: مكتبة جامعة الإسكندرية.

١٧٨- محمد مصطفى السيد التهامي السعيد (١٩٩٦). علم النفس الحديث، الإسكندرية: مكتبة جامعة الإسكندرية.

- الإنفعالي والعلاج المتمركز على العميل، القاهرة: معهد
لدراسات والبحوث التربوية.
- ١٧٩- ميخائيل إبراهيم أسعد (١٩٩١). السيكولوجيا المعاصرة،
بيروت: دار الآفاق الجديدة.
- ١٨٠- ميريل كيرفاندا (١٩٩٢). التربية الاجتماعية في رياض
الأطفال، ترجمة: فوزي محمد عيسى وعبد الفتاح حسن،
القاهرة: دار الفكر العربي.
- ١٨١- بلادي حليم (١٩٩٣). الخصائص الديموجرافية والاجتماعية
للطفل المصري، مؤتمر الطفل وأفاق القرن الحادي والعشرون،
القاهرة: لمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ١ -
١٦.
- ١٨٢- نبيل سفيلان (٢٠٠٤). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي:
لبن - جامعة تعز.
- ١٨٣- هاتم صلاح توفيق (٢٠٠١). اتجاهات نحو دمج الطلاب
المكتوفين مع أقرانهم المبصرين في المدارس العامة بالمرحلة
الثانوية: دراسة بحثية، المجلة المصرية للدراسات النفسية،
المجلد الحادي عشر، العدد (٣٣)، ٢٢١ - ٢٦٢.
- ١٨٤- هادي الشناوي (١٩٩٣). الفقر وولاد الطفولة: دراسة حالة لوضع
الطفل دلجل تسع أسر فقيرة، مؤتمر الطفل والقرن الحادي
والعشرون، القاهرة: لمركز القومي للبحوث الاجتماعية
والجنائية، ص ٢٢٩ - ٢٦٠.
- ١٨٥- وفيق صفوت مختار (١٩٩٩). مشكلات الأطفال السلوكية:
الاسباب وطرق العلاج، القاهرة: دار العلم والثقافة.
- ١٨٦- يوسف مصطفى القاضي وألمني محمد فاطم ومحمود عطا
حسين (٢٠٠٢). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، الرياض.
دار المريخ للنشر.

ثانياً المراجع الأجنبية .

- 1- Abd El - Latif, F., (1995). Risk factors of psychology problems among children working in workshops in Alexandria. J , Egypt Public Health Assoc., 70 (5 - 6), P 716 - 732
- 2- Ahlstrom, G., and Karlsson, U (2000). Disability and quality of life in individuals with post polio. Disability Rehabilitation, June, 15, 22 (9), 416 - 422
- 3- Allen, G M., et al. (1994) Muscle performance, voluntary activation and perceived effort in normal subjects and patients with prior poliomyelitis. Brain, Aug., 117 (4), 661 - 670
- 4- Amura Gamal, (1995). Injuries among children under 16 who work in car repair small workshops in Ismailia City, Suez Canal UN , Faculty of Medicine, MSC
- 5- Arnold A. Lazarus and Andrew M. Colman, (1999). Abnormal Psychology, London: Longman.
- 6- Arthur, P.N; and Lawrence, C.K (1966). Modern Clinical Psychiatry, London W.B Saunders Company
- 7- Barbara Temaner Brodley (1986). Client-centered therapy- What is it? What is it not. www.world.std.com/~mbr2/whatscct.html.
- 8- Barnes, G. and Pronson, H., (1985) Parental death and depression. Journal of Abnormal Psychology, V (94), N (1), 64 - 69.
- 9- Belsky, J., et.al., (1991) Patterns of maternal change and Parent - child interaction, Journal of Marriage and the Family, 53, 487 - 498.
- 10- Bernstein, G and Barchhardt, C., (1992). Anxiety disorder of childhood and adolescence: A critical review, U.S.A., Annual Progress in child Psychiatry and Development, P 501 - 532.
- 11- Brik, T. (1993). Polimyelitis and the post polio syndrome exercise capacities and adaptation - current

- research, future directions and widespread applicability
Med. Sci. Sports, Exerc., April, 25 (4) 466 – 472
- 12- Bromberg, M. B., Waring, W. P., and Sanders, P. L. (1996). Patterns of denervation in clinically uninvolved limbs in patients with prior poliomyelitis. *Electromyogr Clin. Neurophysiol.*, March, 36 (2), 107 – 111
 - 13- Bruno, R. L. (1991) Silicon, sex and polio survivors. (on-line): Available: <ftp://www.Members.Aol.com/harvestctr/Library/sex>.
 - 14- Bruno, R. L. (1995). Predicting hyperactive behavior as a cause of non – compliance with rehabilitation: the reinforcement motivation survey *Journal of Rehabilitation*, 61 (2): 50 – 57.
 - 15- Bruno, R. L. (1996). Ultimate burnout. post – polio sequelae basics. *New Mobility*, 7: 50 – 59 (on – Line). Available <http://www.ott.zynet.co.uk/polio/lincolnshire/library/harvest/burnout.html>
 - 16- Bruno, R. L. (1999). Emotional stress in polio survivors and Post-Polio sequelae. (on-Line). Available: <http://www.members.aol.com/harvestctr/pps/polio.html>
 - 17- Bruno, R. L. (1999). “Brauing” The Tibial Drum: rejecting disability stereotypes and preventing self – discrimination *Disability and Society* 14: 855 – 857
 - 18- Bruno, R. L. et al. (1994). The neuroanatomy of post – polio fatigue. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, May, 75 (5) 498 – 504
 - 19- Bruno, R. L., and Frick, N. M. (1991) The Psychology of polio as a prelude to post – polio sequelae: behavior modification and Psychotherapy *Orthopedics*. Nov. 14 (11): 1185 – 1193
 - 20- Bruno, R. L., Frick, N. M., and Jesse, C. (1991) Poliomyelitis, stress and the etiology of post – polio sequelae *Orthopedics*. Nov. 14 (11) 1269 – 1276.
 - 21- Bruno, R. L. (1998). Abnormal movements in sleep as a Post – Polio Sequelae. *American Journal of physical*

Medicine and Rehabilitation. 77: 1 – 6.

- 22- Burger, H., and Marincek, C (2000). The influence of Post – polio syndrome on independence and Life satisfaction, Disability Rehabilitation. May, (10), 22 (7), 318 – 322
- 23- Carole Wade and Carol Tavris (1996) Psychology. (4ed.), New York. Harper Collins College Publishers
- 24- Cashman, N R., et al (1987). Late denervation in patients with antecedent paralytic poliomyelitis Neurology Engl. J Med., July, 2, 317 (1), 7 – 12.
- 25- Castillo, D N, London, D., and Layne L. A. (1995). Occupational injury death of 16 – and 17 – years olds in the U. S. A., Am., J, Public Health, Apr., 85 (4). 590 – 12
- 26- Celia Doyle, (1997). Working with abused children, 2 (ed.), London: Macmillan Press LTD.
- 27- Charles, G Lorrd (1997). Social Psychology New Work: Harcourt Brace College Publishers
- 28- Clark, K., et al, (1994). A personality profile of patients diagnosed with post-polio syndrome Neurology, 44 (10), 1809 – 1811.
- 29- Clifford, T. Morgan and Richard, A. King (1975) Introduction to Psychology, 5 (ed.), Tokyo: McGraw – Hill Kogakusha, LTD.
- 30- Conrady, L. J., et al. (1989). Psychologic characteristics of polio survivors. a preliminary report. Arch. Phys. Med. Rehabil., June, 70 (6) 458 – 463
- 31- Cooper, S P , and Rothstein. M. A., (1995) Health hazards among working children in Texas, South Med., J., May, 88 (5): 554
- 32- Crisp, R. (2000). A qualitative study of the perceptions of individuals with disabilities concerning health and rehabilitation professionals. Disability and Society, V 15, 355 – 367
- 33- Dai F , and Zhagn, R. Z. (1996). Social burden caused by poliomyelitis. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, Dec , 17(6): 353 – 355.

- 34- Dalakas, M. C. (1995). The post - polio syndrome as an evolved clinical entity: definition and clinical description. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, May, 25, 735, 68 - 80.
- 35- Dale, F. Hay, (1987). Infancy. In Mark, R. Rosenzweig and Lyman, W. Porter, (ed.), *Annual Review of psychology*, V (37), U. S. A Annual Reviews Inc.
- 36- David, H. Demo and Alan C. Acock (1996) Family structure, family process and adolescent well - being, *Journal of Research on Adolescence*, 6, 475 - 488.
- 37- David, J. Sheehan (1983). *The anxiety* New York: Charles Scribner's Sons.
- 38- David, M. Fergusson, John Hjorwood and Michael, T. Lynsky (1994) Parental separation, adolescent psychopathology and problem behaviors, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1122 - 1131.
- 39- Dean, E. (1991). Clinical decision making in management of the late sequelae of poliomyelitis. *Phys. Ther.*, oct., 71 (10) 752 - 761.
- 40- Deanne Scott Berman (1995) Risk factors Leading to adolescent substance abuse, *Adolescence*, (30) 201 - 206.
- 41- Demis, L., Pare, C.M.B., and John, M. (1977). *A concise encyclopedia of psychiatry*, England: M T P Press Ltd.
- 42- Denise, B. Kandel, Emily Rosenbaum and Kevin Chen (1994) Impact of maternal drug use and life experiences on preadolescent children born to teenage mothers, *Journal of Marriage and the Family*, 56, 325 - 340.
- 43- Devglieger, P. J., and Albrecht, G. L. (2000). Your experience is not my experience the concept and experience of disability on Chicago's near west side. *Journal of Disability Policy Studies*, V 11, N 1, 51 - 60.
- 44- Dickinson, C. J. (1997). Chronic fatigue syndrome - aetiological aspects. *Eur. J. Clin. Invest.*, April, 27 (4), 257 - 267.
- 45- Donald, L. F., et al (1989). Postpoliomyelitis syndrome

- assessment of behavioral features. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, V 2, 4, 272 – 281
- 46- Douglas, A. Bernstein et al., (1988). *Psychology*. Dallas: Houghton Mifflin Company.
 - 47- Dunn, D. S. (1996). Well – being following amputation: Salutory effects of Positive meaning, Optimism and control. *Rehabilitation Psychology*. V 41, N 4, 285 – 302
 - 48- Dunn, k. A. and Runyan, C. W., (1993) Deaths at work among children and adolescents, *Am., J., Dis., Child, Oct.*, 147 (10): 1044. 7.
 - 49- El – Mogazy, et al., (1996). Identification of same socio – demographic factors contributing to child work in Zagazig area, *Zagazig Uni., Med., J.*, 2 (2) 198 – 209.
 - 50- El – Sahn, F, (1992). Dietary patterns and nutritional assessment of working children at Abo – El Dardar industrial in Alexandria City, *J., Egypt, Public Health Assoc.*, 67 (1 – 2): 119 – 145.
 - 51- Encyclopedia of Wikipedia (2007). Person- centered psychotherapy. <http://wikipedia.org/cliniet-centered.therapy>
 - 52- Engle, T. L., and Lovis Snellgrove (1974). *Psychology Its Principles and Applications*, 6 (ed.), New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc
 - 53- Engle, T.L. and Louis Snellgrove (1974). *Psychology Its principles and applications*, sixth edition, New York: Harcourt Brace Jovanovich, INC
 - 54- Erica De'Ath., (1989a.). *Families and Children*, In: Barbara Kahan (ed.) *Child Care, Policy and Practice*, London: Hodder and Stoughton, P: 30 – 54.
 - 55- Francisco Bolumar, et. al., (1994) Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish Women, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 36 40
 - 56- Frank, L. Mott (1994) Sons, daughters and fathers' absence: Differentials in father – Leaving probabilities and in – home environments, *Journal of Family Issues*, 15 97

- 128.

- 57- Frank, L. Mott; Lori Kowaleski Jones and Elizabeth, G. Menaghan (1997) Parental absence and child behavior: Does a child's gender make a difference?, *Journal of Marriage and the Family*, 59, 103 - 118.
- 58- Frederick, M. M. (1991). The late effects of polio: A model for the identification and assessment of preventable secondary disabilities. *International Polio Network*, V. 7, N. 3 (on - Line). Available: <http://www.post-polio.Org>.
- 59- George Kaluger and Meriem Fair Kaluger, (1984). *Human Development. The span of life*, 3 (ed.), St. Louis. Times Mirror/ Mosby College Publishing.
- 60- Gilbert, J. Bolvin, et. al., (1994) Predictors of cigarette smoking among inner - city minority youth, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 67 - 73.
- 61- Goldman, H.H. (1984). *Review of general psychiatry* Middel East Edition, Egypt.
- 62- Greg, L. Duncan; Jeanne Brooks Gunn and Pamela Kato Klebanov (1994) Economic deprivation and early childhood development, *Child Development*, 65, 296 - 318.
- 63- Grimby, P., and Jonsson, A. L. (1994). Disability in poliomyelitis sequelae. *Phys. Ther* May, 74 (5), 415 - 424.
- 64- Hahn, H. (1997). An agenda for citizens with disabilities: pursuing identity and empowerment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, V. 9, N 1, 31 - 37.
- 65- Hansson, B., and Ahlstrom, G. (1999). Coping with chronic illness. A qualitative study of coping with Post polio syndrome. *Int. J Nurs. Stud.*, June, 36 (3): 255 - 262.
- 66- Harris, M. S.; Gold, S. R., and Henderson, B. B. (1991) Relationship between achievement and affiliation needs and sex - role orientation of college women whose fathers were absent from home. *Perceptual and Motor Skills*, 72.

- 67- Hazendonk, K. M., and Crowe, S. F. (2000). A neuropsychological study of the postpolio syndrome support for depression without neuropsychological impairment. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, April, 13 (2), 112 – 118.
- 68- Helmy Ahmed Hamed (1988). *Clinical psychiatry*. Cairo.
- 69- Henry Holland (1997). Results of 1997 Post – Polio Syndrome Survey of the Central Virginia Post – Polio Support Group. (on - line). A available: <http://www.skally.net/ppsc/va.surv.html>.
- 70- Hetherington, E. Mavis (1973) Effects of father absence on personality development in adolescent daughters, *Developmental Psychology*, 7.3, 313 – 326
- 71- Hetherington, E. Mavis and B. Martin (1979) Family interaction, In: H. C. Quay and J. A. Werry, (eds), *Psychopathological disorders of childhood*, New York: John Wiley and Sons, 247 – 302.
- 72- Hetherington, E. Mavis and Ross, D. Park (1993) *Child Psychology A Contemporary viewpoint*, 4 (ed.), New York: McGraw – Hill, Inc.
- 73- Hidayet. N. M, El – Ziad, H. H and Kamel, K. F., (1995) Health, social and child labor problems of Alexandria poor urban community, *Bull High Institute of Public Health*, 25 (3), 574 – 567
- 74- Hoda Ahmed Bassiouni, (1998). *Child labor*, Suez Canal Uni., Faculty of Medecine, Review Paper
- 75- <http://world.Std.Com/~mbr/ccr.html>.
- 76- Jack Block, et. al , (1988) Parental functioning and the home environment in families of divorce, *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 27y, 207 – 213.
- 77- James, H. Scully, et al., (1990). *Psychiatry*. (2ed ,) Tokyo Harwal Publishing
- 78- Janet. R. Todd (1996). *Post – olio syndrome. A literature*

review and case report, (on line) Available: <http://www.OTPT>

- 79- Jean Bethke Elshain (1993) Family matters: The plight of American's children, *The Christian Century*, July, 14 – 21.
- 80- Jerold Bozarth and Sam Evans (2000). Non-directiveness in client-centered therapy: A voxed concept.
- 81- John, P Hoffman (1994) Investigation the age effects of family structure on adolescent marijuana use, *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 215 – 232.
- 82- John. I Walker (1985). *Essentials of clinical psychiatry*. London: J.B Lippincott Company
- 83- Jonsson, A. L., Moller, A., and Grumby, G (1999). Managing occupations in everyday life to achieve adaptation. *American Journal of occupation Therapy*, July – August, 53 (4), 353 – 362.
- 84- Kemp, B. J., Adams, B.M., and Cambell M.L. (1997). Depression and life satisfaction in agiong Polio survivors versus aga-matched Controls. relation to Post Polio syndrom, family functioning, and attitude toward disability *Arch. Phys Med. Rehabil.*, feb., 78(2), 187-192.
- 85- Kemp, B. J. and Krause, J. S. (1999) Depression and Life satisfaction among people ageing with post polio and spinal cord injury *Disabil Rehabil.*, May – June, 21 (5 – 6), 241 – 249.
- 86- Kessler Institute for Rehabilitation (2000). Post polio sequelae true answers for friends and family *The Lincolnshire post – polio Network*, (on-line). Available <http://www.zynet.co.uk/ort/polio/lincolnshire/Library/kessler/answers.html>
- 87- Kidd, D. et al (1997). Late functional deterioration following paralytic Poliomyelitis. *Q J Med.*, 90 (3), 189 – 196 (on-line) Available <http://www.OTT./polio/lincolnshire/>
- 88- Kimberly Read and Marica Purse (2007). What is Behavioral therapy. <http://binolar.com>

- 89- Kling, C., Persson, A., and Gardulf, A. (2000). The health related quality of life of patients suffering from the late effects of polio (post - polio), *J. Adv. Nurs.*, July, 32 (1), 164 - 173.
- 90- Knight, E. B., Castillo, D. N. and Layne L. A., (1995). A detail analysis of work- related injury among youth treated in emergency departments, *Am., J., Ind , Med.*, Jun , 27 (6), 793 - 805
- 91- Kohl, S. J. (1987). Emotional responses to the late effects of poliomyelitis *Birth Defects*, 23 (4), 135 - 143
- 92- Le Compte C. M. (1997). Post - polio syndrome, an update for primary health care provider *Nurses Pract.*, June, 22 (6) 133 - 136, 139, 142 - 6 Passim.
- 93- Lee, A. Beaty (1995) Effects of Parental absence on male adolescent's peer relations on self - image, *Adolescence*, 30, (120) 873 - 880.
- 94- Lee, C., (1990). *The growth and development*, 4 (ed.), London Longman Group Limited.
- 95- Lindsay, S.J.E. and Powell, G.E. (1994). *The handbook of clinical adult psychology*, (2ed.). London Routledge
- 96- Lonnberg, F. (1998). *Sequelae after polio A review* *Ugeskr Laeger*, June, 22, 160 (26): 3904 - 3908.
- 97- Louis, B. Silverstein and Carl, F. Auerbach (1999) The essential father, *American Psychologist*, June, vol 54, No 6, 397 - 407
- 98- Mariamm Soliman Hagag, (1995). The impact of child's labor on his health status in Alexandria, Mansoura Un., High Institute of Nursing PHD, 1 - 150.
- 99- Mark. E. Cummings and Anne Weston O'Reilly, (1997). Fathers in family context: Effects of marital quality on child adjustment, In: Michael, E. Lamb (ed.), *The role of the father child development*. New York, John Wiley and sons, Inc. P 48 - 65.
- 100- Markus. A.C. et al. (1989). *Psychological problems in general practice*. London: Oxford University Press

- 101- Mary, T. Westbrook (1996). Early memories of having polio: survivors' memories versus the official myths. Paper presented at the First Australian International Post - Polio Conference, Living with the late affects of post - polio. Sydney, Nov., 1996. (on line). Available: <http://www.zynet.co.uk/ott/polio/lincolshire>.
- 102- Marlew Ryan (WD). Client centered therapy.
- 103- Mavis, E. Hetherington, and Margaret, M. a. Stanley, (1996). The Effects of Divorce on fathers and their children, In: Michel, E. Lamb (ed.), The role of the father in child development, New York. John Wiley and Sons, P 191 - 211
- 104- McLanahan, S and Bumpass, L., (1988) Intergenerational consequences of family disruption, American Journal of Sociology, 94, 130 - 152.
- 105- Micael, T N et al., (1998). Abnormal psychology. Boston: Allyn and Bacon.
- 106- Michael Workman and John Beer (1992) Depression, suicide ideation, and aggression among high school students whose parents are divorced and use alcohol at home, Psychological Reports, 70, 505 - 511
- 107- Michael, S. Bassis, et al., (1991) Sociology: An introduction, 4 (ed.), New York McGraw - Hill, Inc.
- 108- Mohamed, H. Qayed, et al., (1999) Socioeconomic factors affecting child labor and the related hazards in Assuit City, Un., Bull, Environmental Researches. 2 (1 - 24), 28 - 69
- 109- Moushera, M. EL - Geneidy, (1995). The impact of child's labor on health status in Alexandria, Alex., J. Pediatrics, 9 (4) 449 - 458, 27 ref
- 110- Nancy Schimelpfening (2007). What is behavioral Therapy? <http://depression.about.com/b/>
- 111- Nollet, F, et al (1999) Disability and functional assessment in former polio patients with and without postpolio syndrome. Arch. Phys. Rehabil. Feb., 80 (2): 136 - 143.

- 112- Nosek, M. A., et al (1996). Sexual functioning among women with physical disabilities. Arch. Phys. Med. Rehabil., Feb., 77 (2), 107 – 115.
- 113- Noweir, M H et al., 2., Impact of work environment on health., J., Egypt, Public Health Assoc., 68 (3 – 4) 443 – 467
- 114- Noweir, M H., et al., (1993). Child labor in Egypt, 1., Occupational and Socioeconomic aspects , J., Egypt, Public Health Assoc , 68 (3 – 4) 405 – 442
- 115- Nunn, G. D and Parish, T S., (1987) An investigation of relationships between children's self concept and evaluations of parent figures. Do they vary as a function of family structure? The Journal of Psychology, 121 (6), 563 – 566
- 116- O'leary, K. D., and Wilson, G. T., (1978) Behavior therapy: applications and outcome, Englewood Cliffs, N. J.; prentice Hall
 في: عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) الاكتئاب: علم اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، الكويت: عالم المعرفة العدد (٢٢٩).
- 117- Parridge, S and Kotler, T., (1987) Self – esteem and adjustment in adolescents from bereaved, divorced and intact families Family type versus family environment, Australian Journal of Psychology, 39 (2), 223 – 234
- 118- Peretti, P O., and DiVittorio, A., (1992) Effects of loss father through divorce on personality of the preschool child, Journal of Instructional Psychology, 19, 269 – 273
- 119- Rekand, T , et al (2000). Risk of symptoms related to late effects of poliomyelitis. Acta. Neurological Scandinavica, Mar., 101 (3): 153 – 158. (on – line). Available: <http://www.indiana.edu/~pietsch pps 2001.html>
- 120- Rhonda, E. Denton and Charlene, M Kampfc (1994) The relationship between family variables and adolescent substance abuse A literature review, Adolescence, 114, 475 – 495
- 121- Ronald, J Angle and Jacqueline, L. Angel, (1996)

Physical comorbidity and Medical Care use in children with emotional problems, Public Health Reports, 111 - 140 - 145.

- 122- Salvatore Cullari (1998) Foundations of clinical psychology Boston: Allyn and Bacon.
- 123- Sandberg, A., Hansson, B., and Stalberg, E. (1999). Comparison between concentric needle EMG and macro EMG in patients with a history of Polio Clin Neurophysiol., Nov., 110 (11), 1900 - 1908.
- 124- Senanayake, M. P.; Ranasinghe, A. and Balasuriya, C., (1998). Street children a preliminary study, Ceylon Med. J., 43 (4): 191 - 3 Dec.
- 125- Seth Robert Segall (2006). What is Psycho therapy <http://Psychcentral.com>
- 126- Siegel, H., et. al. (1999) Physiologic events initiating REM sleep in patients with postpolio syndrome. Neurology, Feb., 52 (3) 516 - 522.
- 127- Stadum, B., The dilemma in saving Children from Child Labor: Reform and Casework at odds with families needs (1900 - 1938)., (1995) child Welfare, Jan., Feb., 74 (1): 33 - 55.
- 128- Stanghelle, J. K. and Fesvag, L.V (1997). Five years follow - up of patients with postpoliomyelitis syndrome. Tidskr Nor Laegeforen, Feb., 10, 117, (4). 504- 507 (on - line) Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 129- Stanley, D. Eitzen., (1983). Social Problems, 2 (ed), Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- 130- Stephanie Kasen, et al., (1996) A multiple - risk interaction model Effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children, Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 121 - 150
- 131- Stewart, A. et al., (1982) Child development: A tropical approach, New York John Willy and Sons. Inc
- 132- Susan, J Creange, and Bruno, R. L. (1997). Compliance with treatment for post - polio sequelae. effect of type "A"

- behavior, self concept and loneliness. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76 387 - 382
- 133- Taher Amin Mansour, (1992). Health Problems among young workers in small and medium - size industries in Alexandria, Alex., Un., High Institute of Public Health, MPH.
 - 134- Tate, D. G , et al. (1993). Prevalence and associated features of depression and psychological distress in polio survivors. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Oct., 74 (10), 1056 - 1060.
 - 135- Tate, D. G , et al.(1994). Coping with the late effects differences between depressed and nondepressed polio survivors, *Am. J Phys. Med. Rehabil.*, Feb., 73 (1) 27 - 35.
 - 136- Terry, E. Duncan; Susan, C. Duncan and Hyman Hops (1994) The effects of family cohesiveness and peer encouragement on the development alcohol use A cohort - Sequential approach to analysis Longitudinal data, *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 588 - 599
 - 137- The Royal College of Psychiatrist (WD). What is psychotherapy www.repsych.Chac.uk/
 - 138- Trojan, D. A., Gendron, D. and Cashman (1993). Anticholinesterase-Responsive neuromuscular junction transmission defects in post - poliomyelitis fatigue *J Neurol. Sci.*, Feb., 114 (2), 170 - 177
 - 139- Vaden Kiernan, N., et. al., (1995) Household family structure and children's aggressive behavior: A Longitudinal study of urban elementary school, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, no. 5 553 - 568
 - 140- Verden Ryder, (1985) and their children, South Holland the Goodheart - Willcox Company, Inc.
 - 141- Viky Phares (1997). Psychological Adjustment, Maladjustment, and Father - child Relationships, In Micahel. E. Lamb, (ed.,) *The role of the father in child development*, New York. Jon Willey and Sons, P 261

- 142- Warren, R. Stanton, Tian, P. S. Oei and Phil, A. Silva (1994) Sociodemographic characteristics of adolescent smokers, *The International Journal of Addictions*, 7, 913 - 925
- 143- Wendy Stanton Rogers, (1989b;). Effective co - operation in child protection, In. Sonia Morgan and Peter and Righton (ed.) *Child care: Concerns and Conflicts*, London: Hodder and Stoughton, p 82 - 94
- 144- Wenneberg, S., and Ahlstrom, G (2000). Illness narratives of persons with post - polio syndrome. *Journal of Advances Nursing*, Feb., 31(2), 354 - 361
- 145- Werner, R. A., Waring, W., and Maynard, F (1992). Osteoarthritis of the hand and wrist in post poliomyelitis population. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Nov, 73 (11), 1069 - 1072.
- 146- Widar, M., and Ahlstrom, G. (1999). Pain in persons with post polio. The Swedish version of the Multidimensional Pain Inventory (MPI) *Scand. J. Caring. Sci.*, 13 (1) 33 - 44.
- 147- Wiechers, D. O. (1985) Acute and latent affect of - poliomyelitis on the motor unit as revealed by electromyography *Orthopedics*, July, 8 (7). 870 - 872.
- 148- Willen, C, and Grimby, G (1998). Pain, Physical activity, and disability in individuals with late effects of polio. *Arch. Phys. Med Rehabil.*, Aug., 79 (8), 915 - 919
- 149- William Kelly, A. (1956) *Educational Psychology* 4 (ed.). Milwaukee: Bruce Pub., Company) في كمال سموري (١٩٨٥) النمو التربوي للطفل والمراهق، الرقازيق. مطبوعات جامعة الرقازيق.
- 150- William Samuel, (19812). *Personality: Searching for the sources of human behavior*, London. McGraw - Hill Kogakoush, Ltd.
- 151- Willian O'Donohue (1998). *Learning and behavior*

therapy. Boston: Allyn and Bacon.

152- www.Personcentered.Com/nondirect.html

153- Zaki, A., et al (1996). Lead toxicity among working children and adolescent in Alexandria Governorate, Proc. 8th, Med., Research Conf., On "Health Environment High, Oct., 14 - 17, 116.

154- Zaki, A., et al., (1996). An assessment of risk factors for anemia among working children and adolescent in Alexandria Governorate, Proc. 8th, Med., Research Conf., and (4) The Egyptian - Italian Workshop "Community and Health", Alexandria, Oct. 26 - 27., 48.

المصادر

- 1- Report of Interministerial Committee on child Labor in Egypt, the International Center for Social and Criminological Research and UNICEF 1989.
- 2- First Latin - American Tripartite Meeting at Ministerial Level for the Elimination of child Labor Cartagena, Colombia, 8 - 9 May, 1997
- 3- Asia Regional Consultation on Child Labor, Lahore, Pakistan, 11 - 13 August, 1997.
- 4- International Conference on Child Labor, Oslo, Norway, 27 - 30 October 1997.
- 5- African Regional Tripartite Meeting on Child Labor, Kampala, Uganda, 5 - 7 February.
- 6- World Wide Report on the Worst form of Child Labor, November, 20 th, 2000.

رابطاً مرجع خاصة بشبكة الطبقات الدولية (الانترنت)

- <http://happytoyou.maktoobblog.com>
- <http://mirfana2000.blogspot.com>. www.Pdffactory.com.
- <http://mentalhealth.About.Com/cs/psychotherapy/s/psychotherapy.htm>
- <http://www.Depression.Com/psychotherapy.Html>
- <http://www.Encyclopedia.Com/doc/IEI-psychoth.Html>

- [http://www.Healthatoz.Com/healthatoz/Atoz/common/standard/transform.Jsp?Request URI /healthatoz/Atoz/dc/cent/ment/info/psychotypes.Jsp](http://www.Healthatoz.Com/healthatoz/Atoz/common/standard/transform.Jsp?Request+URI=/healthatoz/Atoz/dc/cent/ment/info/psychotypes.Jsp).
- <http://www.Mayoclinic.Com/health/psychotherapy/MH>
<http://www.Webmd.Com/content/article/60/67/128.Htm>
- [http://www.healthatoz.com/healthatoz/Atoz/common/standard/transform.Jsp?Request URI /healthatoz/Atoz/dc/cent/ment/info/psychotypes.Jsp](http://www.healthatoz.com/healthatoz/Atoz/common/standard/transform.Jsp?Request+URI=/healthatoz/Atoz/dc/cent/ment/info/psychotypes.Jsp).
- <http://www.rcpsych.ac.Uk/mentalhealthinformation/therapies/psychotherapy.Aspix>.
- www.Theate.org/healthandwellbeing/

محتويات الكتاب

رقم الصفحة	الموضوع
	الإهداء
٥	مقدمة الكتاب
	الفصل الأول
١١	علم النفس المرضي
١٣	ما هو علم النفس المرضي
١٣	تطور علم النفس المرضي
٢٠	طرق البحث في علم النفس المرضي
٢١	نولاً دراسة الحالة
٢٢	* فحمة دراسة الحالة
٢٢	* القود الخاصة بدراسة الحالة
٢٣	ثانياً، الطريقة الارتباطية
٢٤	* اتجاه الارتباط
٢٧	* مدى الارتباط
٢٨	* محمل الارتباط
٢٩	* لتحليل الاحصائي لبيانات الارتباط
٢٩	* مؤلفات القوة والضعف في طريقة الارتباطية
٣٠	ثالثاً، الطريقة التجريبية
٣٢	أ- المجموعة الصالحة
٣٢	ب- التمييز الحشوقي
٣٢	ج- التصميم الأعلى
	الفصل الثاني
٣٥	الاضطرابات النفسية
٣٧	• الاضطرابات النفسية
٣٨	• تحديد الاضطرابات النفسية
٣٩	• ما هو الاضطراب النفسي ؟

رقم الصفحة

الموضوع

- ٤١ • انتشار الاضطرابات النفسية
- ٤٢ • أسباب الأمراض النفسية
- ٤٢ أ- أسباب أصلية أو مهيئة
- ٤٣ ب- أسباب معاصرة أو مرضية
- ٤٣ ج- الأسباب النفسية
- ٤٤ د- الأسباب البيئية الخارجية
- ٤٤ هـ- الأسباب الحيوية
- ٤٥ • اضطرابات البنية أو للتكوين
- ٤٦ • بعض العوامل النفسية الأخرى وراء الاضطراب النفسي
- ٤٦ أ- الصراع
- ٤٨ ب- الإحباط
- ٤٨ ج- الحرمان
- ٤٩ د- نجاح حيل للدفاع النفسي
- ٤٩ هـ- الخبرات السيئة أو الصلابة
- ٥٠ و- المعتقدات غير الصحيحة
- ٥٠ ز- الإصابة المتأخرة بالمرض النفسي
- ٥١ ح- أسباب نفسية أخرى
- ٥١ • الأسباب البيئية للاضطراب النفسي
- ٥١ ١- صفوف البيئة الاجتماعية
- ٥١ ٢- جموح التنمر الاجتماعي
- ٥٢ ٣- العوامل الحضرية والثقافية
- ٥٢ ٤- اضطرابات التنشئة الاجتماعية
- ٥٣ • أمراض الأمراض النفسية
- ٥٣ * الاعراض الدلالية
- ٥٣ * الاعراض الخارجية
- ٥٣ * الاعراض عضوية المنشأ

رقم الصفحة

الموضوع

- ٥٤ * الأعراض نفسية المنشأ
- ٥٤ • أعراض الاضطرابات الأخرى
- ٥٤ • اضطرابات الإدراك
- ٥٤ ١- الهلوسات
- ٥٤ ٢- الخداع
- ٥٥ • اضطرابات التفكير
- ٥٥ ١- اضطراب إنتاج الفكر
- ٥٥ ٢- اضطراب سيق الفكر
- ٥٥ ٣- اضطراب محتوى الفكر
- ٥٦ • اضطراب الذاكرة
- ٥٦ ١- حدة الذاكرة
- ٥٦ ٢- فقد الذاكرة
- ٥٦ ٣- خطأ الذاكرة
- ٥٦ • اضطرابات الوعي أو الشعور
- ٥٧ • اضطرابات الانتباه
- ٥٧ • اضطرابات الإرادة
- ٥٧ • اضطرابات الكلام
- ٥٦ • اضطرابات الانفعال
- ٦٠ • اضطرابات الحركة
- ٦١ • اضطرابات المظهر العام
- ٦٢ • اضطرابات التفهم
- ٦٢ • اضطرابات البصيرة
- ٦٣ • الاضطرابات العقلية المعرفية

- ٦٣ • اضطرابات الشخصية
- ٦٤ • اضطرابات الغذاء
- ٦٤ • اضطرابات الإخراج
- ٦٤ • اضطرابات النوم
- ٦٥ • اضطرابات الاعترافات الجنسية
- ٦٦ • أعراض نفسية - جسدية وعصبية

الفصل الثالث

٦٧

نظريات تفصيل الاضطراب النفسي

- ٦٩ • وجهات النظر المصرة للاضطراب النفسي
- ٦٩ • مرحلة المرض العقلي
- ٧١ • المرض العقلي كتحريف أو شذوذ عن المعايير الاجتماعية
- ٧٢ • الاضطراب العقلي كتحريف إحصائي
- ٧٤ • الاضطراب العقلي كمحدد لتلقى علاجاً سيكوترياً
- ٧٥ • الاضطراب العقلي كتصوراً بيولوجياً
- ٧٥ • المرض العقلي كخطر أو عجز غير متوقع
- ٧٦ • المرض العقلي كاختلال وظيفي مؤذي
- ٧٧ • النظريات النفسية لمسببات المرض النفسية
- ٧٨ • أولاً: النظريات النفسية ذات التوجه البيولوجي
- ٧٨ • ١- سيجموند فرويد
- ٨٤ • ٢- هنري موراي
- ٨٥ • * بناء الشخصية عند موراي
- ٨٦ • * ديناميكية الشخصية
- ٨٩ • * نمو الشخصية

- ٩١ كارل جوستاف يونج
- ٩١ * مفهوم اللاشعور
- ٩٢ * أساليب النص لحل الصراعات في مبدأ القطبية
- ٩٤ * مفهوم الشخصية عند يونج
- ١٠١ * اختلافات يونج مع فرويد
- ١٠٤ * الأشياء التي ألزم بها الفرويدون الجند من نظرية فرويد ...
- ١٠٥ ثانياً: النظريات النسبية ذات التوجه الاجتماعي
- ١٠٦ * الفريد ألدلر
- ١١٠ * كارين هورلي
- ١١٣ * إريك فروم
- ١١٦ * هاري ستك سوليفان
- ١٢٢ ثلثاً: النظريات المعرفية
- ١٢٣ * ويتكن
- ١٢٤ * كيلي
- ١٢٥ * ألبرت إليس
- ١٣٤ * إيراغام ماسلو
- ١٤١ * كارل روجرز
- ١٥٩ الفصل الرابع
- ١٥٩ صور من الأمراض النفسية واضطراباتهما وعلاجها
- ١٥٩ لولا الهستيريا
- ١٥٩ * تعريف الهستيريا
- ١٥٩ * نسبة الانتشار
- ١٦٠ * أسبابها
- ١٦١ * أعراض الهستيريا

رقم الصفحة

الموضوع

١٦٤	* مآل الهستيريا
١٦٥	* علاج الهستيريا
١٦٦	ثانياً- الفوبيا
١٦٦	* تعريفها
١٦٧	* نسبة الانتشار
١٦٧	* أنواع الفوبيا
١٦٨	* أعراض الفوبيا
١٦٩	* مؤشرات تشخيصية
١٧١	ثالثاً: فوبيا الأطفال
١٧٣	* علاج الفوبيا
١٧٣	رابعاً: الوسواس القهري
١٧٣	* التعريف
١٧٥	* مدى حدوث الوسواس القهري
١٧٦	* أسباب الوسواس القهري
١٧٩	* أعراض الوسواس القهري
١٨٠	* تشخيص الوسواس القهري
١٨١	* علاج الوسواس القهري
١٨١	* مآل الوسواس القهري
١٨٢	خامساً: توهم المرض
١٨٢	* تعريف توهم المرض
١٨٢	* مدى حدوث توهم المرض
١٨٣	* أسباب توهم المرض
١٨٤	* أعراض توهم المرض
١٨٥	* تشخيص توهم المرض
١٨٥	* علاج توهم المرض
١٨٦	سادساً: الليورثيميا (الإعياء النفسي)
١٨٨	سابعاً: عصاب القلق

١٨٨	* تعريف القلق
١٨٩	* تصنيف القلق
١٨٩	* مدى حدوث القلق
١٩٠	* أسباب القلق
١٩١	* الأعراض الإكلينيكية للقلق
١٩٩	* تشخيص القلق
١٩٩	* مآل القلق
٢٠٠	* علاج القلق
٢٠٢	تليها: الاكتئاب
٢٠٣	* تعريف الاكتئاب
٢٠٤	* انتشار الاكتئاب
٢٠٥	* أعراض الاكتئاب
٢٠٨	* تشخيص الاكتئاب
٢٠٨	* مدى حدوث الاكتئاب
٢٠٩	* أسباب الاكتئاب
٢١٠	* علاج الاكتئاب
٢١١	* مآل الاكتئاب
٢١٢	تليها: العصاب العصبي
٢١٢	عاشراً: فقدان الشهية العصبي
٢١٤	حادى عشر: انهم (شره العصبي)
٢١٥	ثانى عشر: فقدان الذاكرة
٢١٦	ثالث عشر: فتوش الوعي والهدول الهستيرى
٢١٦	رابع عشر: الانتحار
٢١٦	* تعريف وطبيعته
٢١٨	* معدلات انتشاره
٢٢٠	* الاكتئاب والانتحار
٢٢٢	* أسباب الانتحار وتفسيراته

رقم الصفحة

الموضوع

٢٢٧	خامس عشر: الكتب كسلوك مرضي ..
٢٢٧	* معنى المصدق والكتب ..
٢٢٨	* الاستعداد للكتب ..
٢٢٩	* أنواع الكتب ..
٢٣٩	* بعض القواعد العامة المرتبطة بالكتب ..
٢٤١	* العوامل المدرسية التي تشجع على الكتب ..
٢٤٢	سادس عشر: المراقبة كسلوك مرضي ..
٢٤٢	* حالات مراقبة مرضية ..
٢٤٢	* الحالة (أ) ..
٢٤٤	* الحالة (ب) ..
٢٤٥	* المراقبة والاستعداد لها ..
٢٤٦	* الشعور بالملكية وقمازه ..
٢٤٨	* دوافع المراقبة ..
٢٥٣	* دراسة حالات المراقبة ..
٢٥٤	* بعض القواعد العامة المرتبطة بالمراقبة ..
٢٥٥	سابع عشر : الغيرة كسلوك مرضي ..
٢٥٥	* معنى الغيرة ..
٢٥٧	* الغيرة ولفتة ..
٢٥٨	* كيف تنشأ الغيرة ..
٢٥٩	* بعض حالات الغيرة ..
٢٦٢	* الغيرة عند الطفل الوحيد ..
٢٦٣	* الغيرة من المولود ..
٢٦٤	* الغيرة بسبب الموارنة ..
	الفصل الخامس
٢٦٧	بعض صور العلاج النفسي للاضطرابات العصبية
٢٦٩	العلاج النفسي العردي ..

٢٦٩	١- العلاج بالتطيل النفسي
٢٧١	ب- العلاج النفسي المتمركز حول العميل
٢٧٢	ج- وسائل مختلفة للعلاج النفسي
٢٧٣	د- تقويم فعالية العلاج النفسي التقليدي
٢٧٧	هـ- علاج الأسرة
٢٨٠	ح- العلاج السلوكي للاضطرابات العصبية
٢٨١	لولا: نموذج الإشراف الكلاسيكي
٢٨١	١- الإشراف المصداق أو التحسين التدريجي
٢٨٧	٢- الإشراف المباشر
٢٨٨	٣- الإحصاء
٢٩٠	ثانياً نموذج التطوير الإداري
٢٩٣	ثالثاً: التكوينات أو المعارف الوسيطة
٢٩٥	رابعاً: التطوير بالملاحظة
٢٩٧	خامساً: البرامج التي تشمل الجمع بين عدة عوامل

الفصل السادس

المرض العقلي

تاريخه وتطور مفهومه

٣٠٣	تطور مفهوم المرض العقلي من العصر الفرعوني حتى الإسلام
٣٠٦	الفترة المظلمة في تاريخ الطب النفسي
٣٠٦	تطور مفهوم المرض العقلي عبر العصور
٣٠٧	المرض العقلي في العصر الفرعوني القديم
٣٠٩	الاكتئاب عند الفراعنة
٣٠٩	الانحراف عند الفراعنة
٣١٠	الشخصية عند الفراعنة
٣١٠	أسباب الأعراس النفسية للتفسير القديم
٣١١	المرض العقلي في العصر الإسلامي

رقم الصفحة	الموضوع
٣١٥	أول مستشفى عظمى في العالم
٣١٦	مفهوم المرض العقلي
٣١٩	الفصل السابع اضطرابات الشخصية
٣٢٠	• أولاً: تعريف الشخصية
٣٢٠	• ثانياً: الصعوبات التي تَعرِض لها العلماء في تعريف الشخصية
٣٢١	• ثالثاً: مفهوم الشخصية العلم في الحياة اليومية
٣٢١	• رابعاً: تعريف الشخصية عدد علماء النفس
٣٢٤	• خامساً: النظريات والاتجاهات المصرة للشخصية
٣٢٧	• سادساً: مكونات الشخصية
٣٢٩	• سابعاً: اضطرابات الشخصية
٣٣٣	• ثامناً: مفهوم اضطرابات الشخصية
٣٣٦	• تاسعاً: أنواع اضطرابات الشخصية ومعايير تشخيصها
٣٥٧	• عاشرًا: أسباب اضطرابات الشخصية
٣٥٨	• حادي عشر: علاج اضطرابات الشخصية
٣٦٣	الفصل الثامن دراسات في علم النفس المرضي
٣٦٥	• الدراسة الأولى: البناء العائلي المتصدد وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى الطفل العليل
٣٦٥	١- المقدمة
٣٦٨	٢- مشكلة البحث
٣٧٠	٣- أهداف البحث
٣٧١	٤- أهمية البحث
٣٧٣	٥- مفاهيم البحث

رقم الصفحة	الموضوع
٢٧٨	٦- الدراسات السابقة
٢٩٤	٧- فروض الدراسة
٢٩٥	٨- الإجراءات المنهجية للبحث
٤١٣	• الدراسة الكلية: تأثير وفاة الأب على بعض المتغيرات الوجدانية والشخصية والقيم لدى عينة من المراهقات
٤١٣	* أولاً: مقدمة
٤١٥	* ثانياً: مشكلة الدراسة
٤١٧	* ثالثاً: أهداف الدراسة
٤١٧	* رابعاً: أهمية الدراسة
٤١٩	* خامساً: المفاهيم الأساسية للدراسة
٤٢٣	* سادساً: الدراسات السابقة
٤٣٠	تقيب على الدراسات السابقة
٤٣١	* سابهاً: فروض البحث
٤٣٢	* ثامناً: إجراءات الدراسة
٤٤٥	* تاسعاً: الأساليب الإحصائية
٤٤٥	* عاشرًا: نتائج الدراسات السابقة
٤٧١	• الدراسة الكلية: بعض السمات الإكلينيكية للمعالين حركياً مدرسة مقاربة
٤٧١	* مقدمة
٤٧٣	* مشكلة البحث
٤٧٦	* أهداف البحث
٤٧٧	* أهمية البحث
٤٧٨	* مفاهيم البحث
٤٨٠	* الدراسات السابقة
٤٩٨	* فروض الدراسة
٤٩٨	* الإجراءات المنهجية للبحث
٥٠١	* الأساليب الإحصائية

رقم الصفحة

الموضوع

٥٠١	* النتائج ومناقشتها
٥١٦	* التوصيات
٥١٦	* أبحاث مقترحة
٥١٩	المراجع
٥٥٣	الفهرس

رقم الإيداع	٢٠٠٨/٩٨٢٨
التزقيم الدولي	I.S.B.N
	977-328-460-3

علم النفس الرضي

مؤلف: د. دارة الغاماعلي



دار الجامعة الجديدة
الطبعة الأولى: ٢٠٠٨
الطبعة الثانية: ٢٠٠٩



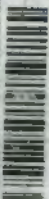
دار الجامعة الجديدة

٣٨ - ٤٠ ش سوقير - الأزاريطة - الإسكندرية

تليفاكس: ٤٨٦٨٠٩٩ - ٤٨٦٣٦٢٩ - ٤٨٥١١٤٣

E-mail: darelgamaaelgadida@hotmail.com

U. Bibliotheca Alexandrina



0748-348